DISSERTATION

N° 251.

SUR LE

FONGUS MÉDULLAIRE DE L'OEIL;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR F.-FRÉDÉRIC BAUER, de Mülhouse,

Département du Haut-Rhin.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia *existimare oportet.*

(HIPP., aph. 6, sect. VIII.)

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Suppléant.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Suppléant.*	Dubled.
Bayle, *Examinateur.*	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

MONSIEUR LE DOCTEUR CHELIUS,

Professeur de chirurgie et d'ophthalmologie à l'Université de Heidelberg ; Conseiller aulique intime du Grand-Duc de Bade ; Chevalier de l'ordre du Lion de Zœhringen, etc.

MONSIEUR ET HONORÉ MAITRE,

C'est toujours avec plaisir et reconnaissance que je me rappelle vos savantes leçons et la bienveillance que vous m'avez témoignée pendant mon long séjour à Heidelberg. Veuillez agréer l'hommage de ce premier essai comme un faible témoignage de ma gratitude. Le souvenir de vos bontés et de l'intérêt dont vos illustres collègues, MM. PUCHELT, TIEDEMANN, NÆGELE *et* L. GMELIN, *m'ont honoré ne s'effacera jamais de la mémoire de celui que vous avez initié à la pratique médicale.*

F. BAUER.

DISSERTATION

SUR LE

FONGUS MÉDULLAIRE DE L'ŒIL (1).

Le fongus médullaire naît tantôt dans l'intérieur du globe de l'œil, c'est là le cas le plus fréquent; tantôt il se forme dans les tissus environnans. Ce n'est que lorsqu'il se développe dans l'œil même, qu'il suit une marche fixe et régulière, du moins pendant la première période de la maladie. Lorsqu'il prend naissance hors de l'œil, il se manifeste, en raison de la différence du lieu qu'il occupe dans l'orbite, par des phénomènes trop multiples et trop changeans pour qu'il soit possible de les dépeindre dans un seul tableau. Nous nous

(1) Nous adoptons de préférence cette dénomination, qui est due à M. *Maunoir*, et qui a été adoptée depuis dans presque toute l'Allemagne. On peut considérer comme synonymes de fongus médullaire les expressions de *dégénérescence cérébriforme* ou *encéphaloïde* (Laennec), de *dégénérescence carcinomateuse* (M. Dupuytren), de *sarcôme médullaire* ou *fongueux* (Abernethy), de *spongoïd inflammation* (Burns). La dénomination de *fongus hématode*, usitée en Angleterre depuis *Hey* et *Wardrop*, ne convient nullement, parce que sous ce nom on comprend ordinairement une autre affection siégeant dans le système sanguin capillaire, et désignée par M. *Dupuytren* sous le nom de *tumeur érectile*, et par M. *Græfe* sous celui de *téléangiectasie*.

contenterons donc, quant à cette dernière catégorie, de renvoyer à quelques cas que nous rapportons dans cette dissertation, afin de nous rattacher principalement à l'histoire du fongus médullaire du globe de l'œil lui-même et du nerf optique.

Lorsque cette maladie commence à se manifester, on observe que le fond de l'œil devient trouble; en même temps la lumière devient pénible à supporter; souvent il y a du larmoiement, des ophthalmies. Ces phénomènes d'irritation n'accompagnent cependant pas nécessairement le commencement de la maladie. La vue diminue, la pupille se dilate, et parfois il survient du strabisme. L'opacité qu'on observe au fond de l'œil varie pour l'aspect et la couleur selon les différens degrés de la maladie : tantôt elle est d'un blanc brillant comme une lamelle concave d'argent, ou bien d'un blanc laiteux ou grisâtre. Ces nuances de couleurs paraissent surtout appartenir au premier degré de la maladie. D'autres fois elle est verdâtre, ce qui, d'après l'observation de *Wardrop* (1), simule un œil de mouton ou de chat. D'autres fois encore elle est plus foncée, d'une teinte jaunâtre, jaune-brunâtre, gris-jaunâtre, plus ou moins semblable à celle de l'ambre. Il y a des cas où l'intérieur de l'œil présente des couleurs si mobiles, qu'on croit y apercevoir un globe brillant, un rouge flamme, etc.

Dans le principe, il n'est pas toujours facile de découvrir ces différentes nuances de coloration; ou bien il faut pour les voir qu'on examine l'œil le soir à la chandelle, ou bien il faut donner une certaine direction au globe oculaire. A une période plus avancée de la maladie, on se convainc bientôt, par un examen attentif, que cette opacité est produite par la présence d'une masse solide qui s'avance du fond de l'œil. Cette masse ressemble quelquefois à une exsudation de lymphe plastique; sa surface est inégale, et souvent pourvue

(1) Voyez *J. Wardrop*, Observations on fungus hæmatodes for soft cancer, etc., trad. de l'anglais en allemand, par C. G. Kühn, prof. à Leipzig, 1817, page 9.

de ramuscules vasculaires, qui proviennent probablement de l'artère centrale de la rétine. En s'accroissant d'une manière plus ou moins rapide, cette production nouvelle déplace peu à peu les parties situées derrière l'iris ; elle en impose facilement aux personnes peu expérimentées, et peut leur faire croire qu'elles ont affaire à une opacité partielle du corps vitré, ou (ce qui arrive le plus souvent) à une cataracte; mais, ce qui la distingue le mieux de cette dernière maladie, c'est, dans la majeure partie des cas, l'abolition complète de la vue, la forme inégale et bosselée du corps opaque situé derrière la pupille, et la présence de ramuscules vasculaires qui recouvrent fréquemment ce corps.

La pupille est le plus souvent dilatée depuis le commencement de la maladie, ou du moins peu après, et elle ne tarde pas à devenir tout à fait immobile. Quelquefois elle est irrégulière ou dentée.

La faculté visuelle est le plus souvent altérée dès le principe, mais quelquefois seulement lorsque la maladie avait déjà commencé. Ce sympôme est en général le premier a se manifester. Chez les enfans toutefois, on ne s'en aperçoit, le plus souvent, que lorsque la masse trouble au fond de l'œil excite l'attention des parens ou du médecin. Quelquefois la vision est déjà altérée avant même qu'on n'aperçoive quelque chose du côte de l'œil (1). Dans ces cas, le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine que lorsque l'opacité survient; jusqu'alors on ne peut considérer la maladie que comme une amaurose.

Il y a, d'un autre côté, quelques cas, très-rares à la vérité, où la faculté visuelle se conserve à un certain degré, quoique le mal ait déjà fait des progrès proportionnellement assez considérables. Ainsi *Wardrop* (2) rapporte l'observation d'une fille de huit ans chez laquelle l'œil gauche fut extirpé pour cause de fongus médullaire. La même maladie se développa ensuite aussi dans l'œil

(1) Voyez le mémoire de M. *Pockels*, Journ. de *Græfe* et *Walther*, 1824; et Froriep's Notizen, juillet 1824, p. 333.

(2) L. c., p. 64.

droit ; le fongus remplissait déjà presque tout l'espace qui se trouve derrière l'iris, et cependant la malade conserva en partie sa faculté visuelle jusqu'au moment de la mort. Il est évident que dans un cas semblable le fongus n'a pas pu avoir l'appareil nerveux pour siége primitif ni exercer sur lui une grande influence sympathique : le trouble de la vision provenait plutôt d'obstacles situés dans les parties de transmission de la lumière.

Pendant que le mal se développe dans l'intérieur de l'œil avec plus ou moins de rapidité, souvent pendant même qu'il reste stationnaire un temps plus ou moins long, les différentes parties qui entrent dans la composition de l'œil commencent à s'affecter, et subissent peu à peu toutes les altérations qui résultent d'une inflammation chronique. La conjonctive oculaire devient rouge, la lumière devient plus insupportable, le larmoiement plus fort et plus opiniâtre, la sécrétion des glandes de *Méibomius* augmente, l'œil perd son éclat. Plus tard, les accidens inflammatoires se manifestent avec plus d'intensité, la rougeur de l'œil devient plus vive, la sclétorique prend une teinte bleue rougeâtre, livide; la conjonctive se boursouffle, la cornée s'obscurcit; quelquefois cependant elle conserve long-temps sa transparence. L'iris perd, le plus souvent, sa couleur naturelle, et fréquement elle se rétrécit de manière à ne plus laisser qu'un anneau à peine visible. L'humeur aqueuse perd aussi sa limpidité ; elle paraît jaunâtre ou teinte de sang.

Cependant le fongus médullaire, faisant toujours des progrès, s'avance du fond de l'œil, et finit par traverser la pupille, remplir la chambre antérieure, et s'adosser contre la cornée. Avant le contact parfait du fongus avec la cornée, il s'amasse ordinairement un peu de pus dans la chambre antérieure. Par suite du travail inflammatoire, la cornée s'ulcère et finit par être perforée par la tumeur. C'est ordinairement pendant cette ulcération, et quelquefois encore plus tôt, que le globe de l'œil se gonfle, qu'il perd sa forme arrondie, qu'il devient inégal et bosselé, et qu'il sort hors de l'orbite, parce que cette cavité osseuse ne suffit plus pour le contenir. Cependant cette

espèce de procidence de l'œil peut aussi être déterminée par une tumeur située en arrière de cet organe : c'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté par *Panizza.*

Le fongus médullaire, qui végète à travers la cornée, acquiert promptement un volume considérable ; sa consistance est molle, fongueuse ; sa couleur d'un bleu rougeâtre. Il présente une *fluctuation* manifeste. Sa surface est couverte de vaisseaux nombreux, dont les parois sont très-tendres, et qui donnent lieu à une hémorrhagie abondante par le moindre contact. En même temps la tumeur laisse suinter un ichor fétide, et se couvre en plusieurs endroits de petites croûtes dont la couleur varie beaucoup. Tout cela en rend l'aspect horrible et dégoûtant.

Les *accidens* qui accompagnent le fongus médullaire de l'œil varient beaucoup ; quelquefois la maladie commence par une ophthalmie violente, qu'à la vérité on parvient bientôt à calmer au moyen d'un traitement convenable, mais qui cependant ne disparaît jamais totalement. D'autres fois les accidens inflammatoires ne se manifestent que peu à peu, où bien ils prennent un caractère intermittent ou périodique. L'agrandissement du globe de l'œil et sa perforation par l'effet du fongus médullaire sont ordinairement accompagnés de symptômes inflammatoires très-violens. Quant aux douleurs, elles marchent habituellement de front avec les phénomènes inflammatoires, et sont à peu près en raison directe de ces derniers. Souvent elles sont très-aiguës dès le commencement de la maladie ; mais alors elles ne persistent pas long-temps. Ordinairement elles ne se manifestent que petit à petit, font des intermittences, et reviennent par accès périodiques ; elles sont aussi quelquefois continues ; elles siégent principalement dans le front et dans la nuque, et s'exaspèrent facilement la nuit. Elles ne commencent, en général, à devenir intenses et continues, que lorsque le globe de l'œil se gonfle.

Les *symptômes généraux* ne surviennent ordinairement que quand le mal gagne fortement en étendue. Il y en a qui prétendent avoir observé de légers frissons ou des secoûmens de tête dès le début de

la maladie. Mais à cette première période on n'observe guère, du reste, qu'un léger malaise qui vient de temps à autre, une mauvaise disposition de l'esprit, et des vertiges, lorsque la maladie prend son point de départ du cerveau. Ce n'est que lorsque l'œil s'est gonflé et que les douleurs sont devenues plus intenses, qu'on remarque aussi des symptômes généraux plus graves. Le sommeil devient agité, il est souvent interrompu par des réveils en sursaut; les douleurs opiniâtres produisent une insomnie continuelle, et qui ne cède à aucun moyen. Cet état jette souvent le malade dans le désespoir. L'appétit diminue, la maigreur et la fièvre surviennent (cependant les symptômes fébriles ne paraissent quelquefois que fort tard); les sueurs à la tête sont un phénomène très-fréquent; les forces s'épuisent; enfin se déclare une fièvre hectique.

Cependant la tumeur augmente toujours, et acquiert quelquefois un volume énorme; il y a des cas où elle égale une tête d'enfant. Parvenue à ce *maximum* de développement, elle commence à se gangréner dans sa périphérie; les parties les plus proéminentes se détachent avec une surabondance de sanie fétide. Il est impossible d'énumérer ici toutes les circonstances qui peuvent déterminer la mort; elles varient selon que le mal s'est propagé du côté du cerveau ou qu'il a affecté un autre organe. Le plus souvent cependant le malade expire dans un état d'épuisement, de colliquation et de consomption hectique. En outre, il se manifeste, durant cette période, des vertiges très-forts, des vomissemens, un état soporeux interrompu par des réveils en sursaut, de l'insensibilité, des contractions, des convulsions, et la paralysie de différentes parties. Les *ganglions lymphatiques* des parties environnantes, et les glandes salivaires s'affectent durant le cours de la maladie, s'enflamment, se gonflent, et acquièrent quelquefois un très-grand développement. *Astley Cooper* (1) cite un cas de ce genre, où la glande affectée était devenue grosse comme une tête d'enfant.

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., page 38; et pl. I, fig. 1.

Nous venons de tracer la marche que le fongus médullaire de l'œil suit ordinairement ; mais cette maladie offre quelquefois des déviations que nous croyons nécessaire de signaler :

Nous observerons seulement en passant que, dans la première période de la maladie, lorsque le fongus médullaire n'a pas encore traversé la pupille, celle-ci peut de nouveau se rétrécir et rendre ainsi le diagnostic plus difficile (1). Les parties contenues dans le bulbe de l'œil sont déplacées, comprimées, et enfin résorbées. Il est remarquable combien de temps ces parties, et surtout le système du cristallin, restent transparens, malgré la pression exercée par le fongus et malgré l'état inflammatoire. Quelquefois, cependant, le cristallin s'obscurcit de bonne heure. Le fongus ne perce pas toujours la cornée ; il se fait, dans certains cas, un passage à travers la sclérotique (2), et pousse alors devant lui la conjonctive, qui lui forme une espèce d'enveloppe : cette circonstance doit être accompagnée de vives douleurs. M. *Maunoir* prétend, sans qu'on sache sur quelles observations il se fonde, que cette enveloppe donne quelquefois lieu à une cicatrisation partielle ou à un desséchement de la surface du fongus médullaire, ainsi qu'on l'a observé, dit-il. Ce médecin s'est sans doute trompé, et il est probable qu'il s'en est laissé imposer par des fongosités de la conjonctive.

Le globe de l'œil ne se trouve pas toujours percé, et nous renvoyons, quant à cette circonstance, à un cas très-intéressant observé par M. *Chelius* et par nous-même, cas que nous rapporterons dans le courant de cette dissertation (3). Là, la mort n'a été évidemment déterminée que par l'extension du mal du côté du cerveau.

Un phénomène très-remarquable et nullement rare, c'est une rétrogradation évidente du fongus au milieu du cours de la maladie ;

---

(1) Voyez *J. H. Wishart*, Archiv für medicinische Erfahrung von *Horn*, *Nasse*, *Henke u. Wagner* ; Berlin, 1823, p. 469.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 75.

(3) Voyez l'obs. II.

l'œil gonflé diminue subitement et se réduit quelquefois à un volume plus petit que le volume ordinaire. Plus tard, il s'accroît de nouveau, au milieu d'accidens inflammatoires, qui sont ordinairement très-prononcés Cette circonstance se répète quelquefois; d'autres fois l'œil ne reprend plus son volume antérieur, mais dans ce cas la maladie gagne du côté du cerveau (1).

L'opacité du fond de l'œil doit être considérée comme le signe pathognomonique le plus sûr dans la première période de la maladie. Telle n'est cependant pas l'opinion de M. de *Walther*, qui prétend n'avoir jamais observé ce symptôme (2).

Voici quelle est, d'après les propres observations de ce chirurgien, le mode de production du fongus médullaire du globe de l'œil.

« Dans la majeure partie des cas, la dégénérescence fongueuse avait commencé dans la conjonctive; il s'était d'abord formé de petits boursoufflemens, qui s'étaient peu à peu convertis en véritables excroissances. Quelquefois, mais rarement, le fongus avait eu pour point de départ un petit tubercule que le malade avait porté pendant longtemps sans inconvénient, mais qui avait fini par s'ulcérer et par produire une surface ulcéreuse couverte d'excroissances spongieuses. J'ai vu des fongus très-développés qui ne tenaient qu'à la conjonctive oculaire, sans intéresser le moins du monde les parties sous-jacentes; et cependant ces fongus recouvraient tout le devant de l'œil et saignaient abondamment par la moindre cause. J'ai vu en outre des fongus partir de la conjonctive et amener la destruction des parties comprises dans l'hémisphère antérieure du globe de l'œil, savoir de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire, sans que la moitié postérieure

---

(1) Voyez l'observ. II, et le cas rapporté par *Panizza :* Annotazioni anatomico-chirurgiche sul fungo midollare dell' occhio, etc. Pavia, 1821; traduit en allemand, in Froriep's Notizen, 1823, p. 184.

(2) Voyez le journ. de MM. *Græfe* et *Walther*, tom. 5, p. 276 : Ueber Verhærtung, Skirrhus, harten und weichen Krebs, Blutschwamm, Teleangiectasie und Aneurisma per Anastomosin.

de l'œil eût subi la moindre altération. Enfin j'ai observé un cas où la dégénérescence fongueuse avait commencé au bord libre de la paupière supérieure. Après s'être bornée pendant plusieurs années à cet endroit, elle s'étendit à la face interne de la même paupière et gagna le globe de l'œil. Celui-ci était complètement désorganisé, et, après en avoir fait l'extirpation, j'ai encore trouvé dans la cavité orbitaire plusieurs points dégénérés, que j'ai successivement enlevés. »

Nous ferons voir dans cette dissertation que le fongus médullaire de l'œil peut aussi avoir pour siége primitif la conjonctive oculaire, et nous nous appuierons tant sur nos propres observations que sur celles d'autrui; mais il est faux de prétendre que la maladie part toujours de ce point; le tableau que M. de *Walther* en a tracé est beaucoup trop incomplet pour qu'on puisse lui accorder quelque autorité, et il est même douteux que ce chirurgien ait observé le véritable fongus médullaire tel que nous le décrivons. Nous sommes disposés à croire que M. de *Walther* n'a observé que le fongus siégeant au-dehors du globe de l'œil, ou bien (mais cela principalement), de simples fongosités de la conjonctive, qui étaient survenues à la suite d'inflammations chroniques mal soignées. Pour ne pas donner lieu à de tels soupçons, il aurait dû communiquer quelques observations détaillées propres à appuyer son assertion. Nous sommes étonnés que M. de *Walther* ne l'ait point fait, d'autant plus que les autres points de pathologie, dont il est question dans son travail, sont accompagnés d'observations nombreuses et détaillées.

Les *résultats de l'anatomie pathologique* varient selon les différens dégrés de développement de la maladie, selon la constitution, l'âge, etc., et se rapportent en partie à la conformation du fongus lui-même, en partie aux changemens et aux altérations qu'il a produits soit dans le globe de l'œil, soit dans les parties environnantes, soit dans le cerveau et les méninges, soit enfin dans les autres organes du corps. Nous allons successivement examiner la maladie dans toutes ces circonstances.

La *tumeur*, qu'on la considère dans ses différentes parties ou dans ses différentes périodes, est tantôt molle et offre la plus grande simi-

litude avec la substace cérébrale ; tantôt sa structure est uniforme, principalement dans les premiers temps ; d'autres fois, et surtout dans la dernière période, il entre dans sa structure différens élémens. Lorsqu'elle ressemble à la substance du cerveau, elle est ordinairement un peu plus molle que cette dernière, moins ténace, pulpeuse, caséeuse, semblable à de la lymphe coagulée, à de la gélatine, à de la bouillie, à des polypes muqueux ; quelquefois elle est d'une consistance plus solide, fibreuse, stéatomateuse, cartilagineuse, lardacée, tuberculeuse, granuleuse, même glanduleuse. Le produit morbide est plus ou moins riche en vaisseaux sanguins ; on y rencontre très-souvent des concrétions osseuses, et de petits graviers formés principalement de phosphate de chaux. La couleur du fongus ne varie pas moins que la consistance ; elle peut avoir toutes les nuances, depuis le blanc parfait jusqu'au noir le plus foncé. Toutes les fois que la tumeur est cérébriforme, elle présente aussi la couleur du cerveau. Souvent elle est rougeâtre, couleur de chair, marbrée de rouge et de blanc ; quelquefois elle ressemble à du sang caillé ; d'autres fois la couleur est jaunâtre, grisâtre, brune, brune foncée, noir foncé et luisant. Dans un cas, l'œil altéré et la tumeur contenaient une matière foncée, de la consistance d'une couleur à l'huile, et qui avait la plus grande analogie avec le pigment noir (1). Le plus souvent la tumeur est contenue dans une enveloppe, dont il se détache des cloisons secondaires pour pénétrer dans l'intérieur du nouveau produit. Cette enveloppe peut acquérir une grande épaisseur ; ainsi on en a vu qui étaient épaisses d'un huitième de pouce (2).

Dans les premières périodes de la maladie, le *globe de l'œil* conserve assez bien son état normal, et on n'observe qu'une lésion plus ou moins marquée du corps vitré ou de la rétine. Plus tard, il se gonfle et dépasse fréquemment le double de son volume habituel, en devenant inégal et bosselé. Encore plus tard, lorsque le fongus a perforé

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 75.
(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 54.

la coque oculaire, ou lorsqu'il a pris naissance en dehors de celle-ci et qu'il a acquis une dimension considérable, l'œil se trouve déplacé dans les sens les plus variés, sa forme s'altère de la manière la plus étrange, et la pression forte et continue qu'il éprouve peut le faire atrophier et le réduire à un noyau à peine reconnaissable; souvent même on ne retrouve plus aucune trace de ses parties primitives (1). L'œil peut aussi se retirer vers le fond de l'orbite et diminuer de volume sans que le fongus médullaire, dont il est le siége, se développe et s'étende (2).

La *rétine* et le *corps vitré* sont de toutes les parties de l'œil celles qui subissent les premières et le plus rapidement l'influence désorganisatrice exercée par le fongus; cette influence s'étend de là vers la périphérie, en sorte que la sclérotique résiste ordinairement le plus long-temps au mal.

Le *nerf optique* se trouve aussi souvent affecté que la rétine; dans quelques cas rares, on l'a trouvé exempt d'altération. Au commencement de la maladie, ce n'est guère que la portion voisine de la rétine qui est malade; plus tard, la dégénérescence s'étend souvent jusqu'à l'entrecroisement des nerfs optiques, et même quelquefois au-delà. Dans certains cas ce nerf conserve sa forme naturelle, et ne subit de changemens que sous le rapport de sa structure et de sa dimension: tantôt il est plus gros, plus dur que d'habitude; tantôt plus mou, pour ainsi dire gélatineux, fongueux; il prend quelquefois une couleur brunâtre, grise cendrée, ou bien il est seulement un peu plus foncé qu'à l'ordinaire; souvent il est rougeâtre, de couleur de chair; très-fréquemment il perd sa rondeur. Dans d'autres cas, il ne change pas seulement sous le rapport de la structure, mais encore sous celui de la forme; ainsi il peut se diviser en deux ou plusieurs cordons, dont les interstices sont remplis par la production fongueuse, qui est en rapport de continuité avec celle qui envahit le globe de l'œil: les

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 44,

(2) Voyez l'observ. II.

faisceaux séparés des nerfs dégénèrent quant à leur structure et à leur couleur ; ils deviennent mous, pulpeux, et prennent une teinte jaune foncée (1). Quelquefois des portions intra-crâniennes du nerf optique disparaissent tellement au milieu de la dégénérescence fongueuse, qu'il n'est plus possible d'en retrouver la moindre trace ; d'autres fois, sans disparaître entièrement, le nerf est comme noyé dans la masse médullaire qui l'environne. Il y a des cas où la pulpe nerveuse disparaît presque complètement. Le déplacement du globe de l'œil ou l'exophthalmie, ainsi que l'augmentation de volume de cet organe, causent quelquefois un prolongement considérable, et un amincissement proportionné du nerf optique (2). On a vu ce nerf s'épanouir, en quelque sorte, dans la masse fongueuse contenue dans l'œil ou dans l'orbite. Tantôt on ne peut pas établir de distinction entre le *névrilème* et la pulpe nerveuse; tantôt, au contraire, on observe dans une de ces parties des altérations qu'on ne rencontre pas dans l'autre. Le névrilème qui, dans certains cas, est confondu avec la pulpe, l'est dans d'autres avec la tumeur ; quelquefois il est confondu avec l'une et l'autre, et le tout forme une masse homogène : jamais on ne l'a trouvé entièrement détruit ; quelquefois il est épaissi, plus dilaté qu'à l'ordinaire, ne contenant plus de pulpe nerveuse, mais de la matière fongueuse, molle et diffluente.

Les *différentes parties de l'orbite*, autres que l'œil, se fondent souvent en une masse unique, quoique hétérogène, dans laquelle on distingue souvent plus ou moins bien les différens tissus, tandis que d'autres fois il n'est plus possible d'y rien reconnaître. Quand la maladie est bien avancée, les autres nerfs de l'orbite peuvent être plus ou moins altérés ; ils peuvent même avoir disparu (3).

Quant aux *vaisseaux*, il faut remarquer qu'on n'en a quelquefois

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 15 et 16.

(2) Voyez *Adam-Schmidt*, Ophthalmologische Bibliothek von C. Himly, etc., tom. 2, p. 68.

(3) Voyez *J. A. Schmidt*, l. c., p. 64.

pas trouvé de vestiges dans l'orbite (1). Les veines présentent fréquemment des renflemens variqueux, surtout à l'entour de la tumeur. On a également trouvé l'artère ophthalmique dilatée (2).

Les *paupières* sont souvent fortement étendues; tantôt partiellement épaissies, endurcies, ulcérées; tantôt privées de cils; les cartilages tarses tout-à-fait confondus avec la peau; les conduits lacrymaux ont disparu; d'autres fois les paupières sont tout-à-fait ramassées en un certain nombre de plis cutanés.

L'*orbite* cède quelquefois à la pression de la tumeur, et se dilate. Dans ce cas, les os s'affectent et s'altèrent dans différens points correspondans au fongus médullaire, et dans une étendue plus ou moins considérable. On a trouvé cette cavité osseuse détruite en partie, de manière à présenter des lacunes. Le périoste était épaissi çà et là, gonflé et facile à séparer des os qu'il revêtait.

Lorsque le fongus s'étend jusque dans les *fosses revêtues de muqueuses*, celles-ci subissent aussi des transformations; c'est ce qu'on a surtout remarqué dans les cellules de l'ethmoïde et du sphénoïde, ainsi que dans le sinus maxillaire.

Les *glandes lymphatiques* qui ont pris part à la maladie présentent ordinairement la transformation médullaire dans son état le plus pur.

On trouve presque toujours le *cerveau* altéré dans une plus ou moins grande étendue, surtout lorsque la maladie est parvenue à un degré avancé. Cette altération est souvent si considérable, qu'on est étonné que le malade ait pu vivre un moment avec de semblables désordres. On a vu un cas où le mal s'étendait en arrière jusqu'à la moelle allongée. Il n'est pas moins remarquable, d'un autre côté, que, dans des cas rares, le cerveau ne reçoive aucune atteinte lorsque le fongus a acquis un développement excessif du côté de l'œil (3). Lorsque le cer-

(1) Voyez *Schmidt*, l. c., p. 64.

(2) Voyez l'observ. III.

(3) Voyez *J. A. Schmidt*, l. c., p. 65.

veau s'affecte d'une manière consécutive, cela n'a lieu que dans des points isolés, ou bien dans les points qui sont en relation plus ou moins directe avec l'œil et le fongus, au moyen du nerf optique et des fibres radicales de ce nerf. C'est ainsi qu'on a trouvé la commissure des nerfs optiques (1), les couches optiques (2), les corps striés (3), les corps géniculés (4), les tubercules quadrijumeaux, l'infundibulum (5), la glande pituitaire (6), ainsi que divers points des hémisphères, tuméfiés et transformés en matière fongueuse. On trouve le plus souvent les ventricules latéraux remplis d'une sérosité plus ou moins limpide, et quelquefois étendus à un très-haut degré. Dans un cas, nous avons trouvé les vaisseaux superficiels du cerveau gorgés de sang (7). *Wardrop* a trouvé des hydatides dans le plexus choroïde, qui était épaissi, tuméfié et transformé en une substance blanche grisâtre, analogue à celle du cerveau (8).

Les *méninges*, et surtout la *dure-mère*, n'échappent pas toujours au travail désorganisateur. On trouve souvent des fonguosités isolées, qui prennent naissance dans cette membrane, et qui se déploient, soit entre elle et les parois osseuses, soit entre elle et les autres méninges. Quelquefois la dure-mère est épaissie et d'une structure cartilagineuse; les portions du crâne qui correspondent à ces endroits sont plus rudes et plus poreuses qu'à l'ordinaire (9), et conséquemment aussi affectées.

On a aussi trouvé du pus entre la dure-mère et les os du crâne (10).

---

(1) Voyez *Allan Burns*, Surgical anat. of the head and neck. Trad. en allemand par *Dollhoff*. Halle, 1824, p. 80.

(2) *Ibid.*, p. 81.

(3) Voyez *Panizza*, l. c., p. 185.

(4) Voyez l'observ. IV.

(5) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 53.

(6) *Ibid.*

(7) Voyez l'observ. II.

(8) L. c., p. 33.

(9) Voyez *Allan Burns*, l. c., p. 340.

(10) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 66. Cas de Ware.

Wardrop a une fois vu un grand nombre de flocons blancs entre l'arachnoïde et la pie-mère. Ces flocons étaient de la grosseur d'une forte tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois, et ils étaient dispersés d'une manière fort irrégulière sur presque toute la surface du cerveau. En les ouvrant avec le scalpel, on vit qu'ils formaient de petites bourses ou des abcès, contenant un liquide blanc, visqueux, semblable à de la crême (1). Chez le même individu il y avait un amas de liquide séreux entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Dans *les autres organes*, surtout *dans ceux de la poitrine et de l'abdomen*, on trouve aussi des fongus médullaires consécutifs, et on en aurait sans doute rencontré beaucoup plus, s'il avait toujours été permis d'examiner le cadavre dans toutes ses parties. Les symptômes multiples et variés que présente la maladie dans sa dernière période, permettent d'émettre une pareille opinion et la rendent vraisemblablable. Ce sont principalement le foie, l'utérus et les reins, qui deviennent consécutivement le siége de ces faux produits.

Quant à la partie ou au tissu qui est le premier affecté dans le fongus de l'œil, on admet assez généralement, quoiqu'à tort, que c'est la rétine, et surtout la portion de cette membrane qui est la plus voisine du nerf optique : tel est l'opinion de M. *Weller* (2), de M. *Maunoir* (3), de *Scarpa* (4) et de beaucoup d'autres; c'est même pour cette raison que M. *Weller* a désigné la maladie sous le nom de *fongus medullaris retinæ;* mais cette opinion est inexacte et étroite. Nous allons interroger les faits et les classer de telle manière que nous puissions suivre l'origine du fongus médullaire dans les différens tissus de l'œil, en procédant du dedans au dehors.

---

(1) *Ibid.*, p. 33.

(2) Voyez *Krankheiten des menschlichen Auges;* troisième édition. Berlin, 1826, p. 398.

(3) Voyez Mémoire sur le fongus médullaire et hématode. Paris et Genève, 1820.

(4) Traité des principales maladies des yeux, trad. de l'italien, par *Fournier*, *Pescay* et *Bégin;* tom. 2. Paris, 1821, p. 364.

Dans un cas rapporté par *Hayes*, les deux yeux étaient affectés de la maladie ; mais celui du côté droit n'avait été atteint que très-tard, en sorte que, lors de la mort de l'individu, le fongus n'était encore qu'à son premier degré. Voici ce que l'auteur rapporte relativement à cet œil : « Nous trouvâmes les membranes, y compris la rétine, dans un état parfaitement sain ; le cristallin était à sa place, il était solide et transparent ; mais l'espace que devait occuper une portion du corps vitré était rempli par une substance blanchâtre, concrète, située vers la partie postérieure et externe de la coque oculaire : cette substance avait refoulé en avant et en-dedans le reste du corps vitré. Maintenant cette production morbide a-t-elle pris naissance à la face externe du corps vitré, et a-t-elle comprimé ce dernier? ou bien est-elle née dans l'intérieur même du corps vitré et en a-t-elle détruit une certaine portion? C'est ce qu'il est difficile de décider. Cependant le dernier mode de formation paraît être le plus vraisemblable, car le corps vitré semblait se continuer et se confondre avec le fongus naissant (1). » Le nerf optique paraissait également sain dans toute son étendue. Le globe ne présentait aucune anomalie dans sa forme. Il est évident que, dans ce cas, le fongus médullaire avait pris son origine dans le *corps vitré*, ou du moins dans la *membrane hyaloïde*. La même chose paraît aussi avoir eu lieu dans un cas rapporté par *Ware* (2). Dans un autre cas décrit par le même, et qui concernait une fille de six ans, l'œil gauche avait été extirpé pour un fongus médullaire ; l'œil droit étant ensuite devenu le siége de la même maladie on l'extirpa aussi, et on trouva que tout l'espace destiné au corps vitré était occupé par une tumeur stéatomateuse, dont la couleur générale était blanche, mais dont plusieurs points offraient une teinte rouge couleur de sang. Lorsque cette tumeur fut enlevée, on découvrit derrière elle une substance blanche, mollasse, qui en était tout à fait distincte et isolée, et qui semblait n'être que la rétine altérée par un

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 55.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 64.

travail pathologique. La choroïde n'était recouverte que d'une petite quantité de *pigmentum*. Le cristallin, ainsi que sa capsule, étaient entièrement transparens; le nerf optique et toutes les autres parties attenantes à l'œil paraissaient dans un état sain. Le volume du globe oculaire n'avait pas non plus augmenté. Comme on observe ici expressément que la tumeur remplaçant le corps vitré était distincte de la rétine, encore reconnaissable, quoique dégénérée; comme il résulte de la description même que l'altération du corps vitré était beaucoup plus avancée que celle de la rétine, et qu'en même temps le défaut de pigmentum annonçait un état souffrant de la choroïde, il est évident que dans ce cas le fongus médullaire a encore pris naissance dans le corps vitré ou dans l'hyaloïde, et que de là il s'est étendu excentriquement vers la rétine et la choroïde. L'altération de la rétine ne pouvait encore être ni ancienne, ni considérable; car il est dit expressément, vers la fin de l'observation, que ce cas était remarquable parce que, malgré les transformations qu'avaient subies la rétine et le corps vitré, l'œil continuait à jouir, à un certain degré, de la faculté visuelle, jusqu'à l'instant de la mort (1). Ici probablement le trouble de la vision reconnaissait pour cause principale l'opacité du corps vitré, qui empêchait le passage des rayons lumineux. Il en est de même du cas rapporté par *Hayes*, et que nous avons cité plus haut. L'altération de la vue provenait également de ce que la lumière ne pouvait plus traverser le corps vitré, car la rétine était tout à fait intacte. On pourrait établir, en thèse générale, que si dans le commencement de la maladie la vision n'est pas considérablement dérangée, ou si le malade ne voit que dans certaines directions, que dans ce cas, dis je, le mal a son siége dans le corps vitré ou dans la membrane hyaloïde. Aussi *Günther* observe-t-il, en parlant des cas rapportés par *Travers*, que dans l'un d'eux le fongus médullaire avait pris naissance dans l'humeur vitrée (2).

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 67.

(2) Voyez *Günther*, Analecta ad anatomiam fungi medullaris, Diss. inaugur. Lipsiæ, 1824, p. 49 et 50.

Dans un cas décrit par *Allan Burns*, et où le fongus avait perforé la sclérotique, on trouva après l'extirpation de l'œil que la choroïde était plus riche en vaisseaux qu'à l'ordinaire, et que dans un certain endroit elle était cinq ou six fois plus épaisse que dans l'état naturel. A l'endroit où la sclérotique était rompue, la choroïde se terminait insensiblement en une substance blanche, pulpeuse, laquelle constituait une partie du produit pathologique (1). Ici nous sommes portés à chercher le siége du mal dans la choroïde, d'autant plus que la substance du fongus était pénétrée de part en part d'une humeur foncée et visqueuse, qui avait une ressemblance frappante avec le *pigmentum* de la choroïde. *Günther* observe, en outre, que dans les observations de *Travers* la choroïde était plusieurs fois affectée primitivement de fongus médullaire (2).

D'après le même, l'*iris* doit aussi avoir été, dans un de ces cas, le siége primitif du mal (3).

L'origine du fongus a lieu très-fréquemment dans la *rétine*, *surtout auprès de l'entrée du nerf optique*, *et quelquefois dans ce dernier même*, ainsi que cela est très-évident dans le cas de *Wishart* (4). Là, le globe de l'œil fut extirpé chez une fille de sept ans, avant que le fongus n'eût traversé la sclérotique. Le nerf optique était tout à fait sain, la choroïde et la sclérotique n'offraient rien d'anormal; la cornée était un peu plus molle qu'à l'ordinaire et déprimée. Le produit nouveau, dans lequel la rétine s'était transformée, ne communiquait qu'avec le nerf optique. Le mal paraît également avoir commencé dans la rétine et le nerf optique, dans un cas rapporté par *Panizza* (5). On pourrait peut-être établir cette loi générale : si dès le commencement de la maladie la faculté visuelle est considérablement dérangée ou totalement

---

(1) Voyez *Wardrop*, l. c., p. 76.
(2) Loc. c., p. 45 et 50.
(3) L. c., p. 49 et 50.
(4) L. c., p. 473.
(5) Loc. c, p. 186.

abolie, et si l'opacité s'aperçoit tout au fond de l'œil, le fongus se développe dans la partie postérieure de la rétine ou dans le nerf optique.

Il y a aussi deux observations de *Travers* dans lesquelles, d'après *Günther*, la maladie doit avoir pris son origine dans le nerf optique.

La *sclérotique*, ainsi que la *gaîne des nerfs optiques*, peuvent également être le siége primitif du fongus médullaire; ceci paraît surtout avoir eu lieu dans un cas observé par *Wardrop* (1). On voit aussi dans notre première observation que la masse fongueuse contenue dans le globe de l'œil adhérait en plusieurs points d'une manière intime avec la face interne de la sclérotique, et surtout vers la partie postérieure de cette membrane. Toute la gaîne du nerf optique était remplie d'une masse semblable qui était pourvue çà et là de vaisseaux très-fins, et qui tenait intimement à la face interne de la gaîne nerveuse. Il est certain que, dans ce cas, la maladie a aussi pris son point de départ dans la sclérotique et dans l'enveloppe du nerf optique.

Comme la dure-mère est très-fréquemment le siége primitif de fongus médullaires, connus depuis *Louis* sous le nom de *fongus de la dure-mère*, il est évident que le fongus de l'œil peut très-souvent n'être qu'une suite, qu'une extension de ces derniers. Et, en effet, nous trouvons consignés dans l'ouvrage de *Louis* (2) deux cas de ce genre, dont l'un est dû à *Paow* et l'autre à *Petit*.

Dans notre quatrième observation, le fongus médullaire paraît être parti de la *conjonctive*, entre la paupière inférieure et le globe de l'œil. Aussi ce dernier a-t-il disparu, non par suite d'une dégénérescence, mais par suite d'une atrophie. *Panizza* rapporte également un cas où la maladie s'est développée simultanément dans l'intérieur du globe de l'œil et à la conjonctive, sans qu'aucun des deux points malades ait dépendu de l'autre (3). C'est ici le cas aussi de parler de l'opinion de M. de *Walther*, qui croit que tous les fongus de l'œil ont pour siége

---

(1) L. c., p. 35.

(2) Mémoire sur plusieurs maladies du globe de l'œil; Mémoires de l'Académie de chirurgie, tome 5, p. 170 et 171.

(3) Voyez la traduction de son mémoire, dans les Notices de *Froriep*, l. c.

primitif la conjonctive ; mais ce chirurgien est évidemment trop absolu, et tout ce qu'on peut conclure de son assertion, c'est que la conjonctive peut aussi donner naissance au fongus médullaire.

Allan Burns (1) décrit un cas où la *glande lacrymale* était le siége primitif de la dégénérescence médullaire. L'affection existait des deux côtés, mais à un moindre développement d'un côté que de l'autre.

Dans la quatrième observation que nous rapportons, le fongus prit naissance dans le *tissu cellulaire adipeux* de l'orbite. Le sujet de l'observation était une jeune fille.

Nous observerons enfin, par rapport au siége primitif de la maladie, que le fongus de l'œil peut aussi ne se développer que d'une manière consécutive, c'est-à-dire qu'après avoir pris naissance dans le cerveau il peut se transmettre de là à l'œil. Ainsi, dans un cas rapporté par *Travers*, le mal s'est d'abord développé dans la couche optique, puis est parti de là pour gagner l'œil (2).

Les faits que nous venons de rapporter, ainsi que beaucoup d'autres concernant le développement primitif du fongus médullaire dans les différens tissus de l'œil, confirment aussi, pour cette maladie, la loi générale, qui dit que l'*organe visuel, dans lequel tous les tissus simples de l'organisme se reproduisent et se dessinent d'une manière plus prononcée, reproduit aussi avec une grande fidélité, mais dans une plus petite sphère, les différentes maladies que l'organisme entier nous présente dans une sphère plus vaste;* car nous sommes convaincus par de nombreuses recherches que le fongus médullaire peut naître dans tous les tissus de l'économie. Qui pourrait nier, après tout cela, les avantages et l'importance des études ophthalmologiques?

Quant à l'influence du sexe sur la production du fongus médullaire de l'œil, nous avons trouvé sur trente-quatre cas connus, et dont

---

(1) L. c., p. 335.

(2) Voyez *Travers*, Synopsis of diseases of the Eye; London, 1820. Et De fungo medullari oculi, Dissert., etc.; auct. *J. Schayer-Eliason*, Berolini, 1827, p. 22.

plusieurs nous sont propres, quatorze appartenant au sexe féminin et autant du sexe masculin; dans six cas, le sexe n'était point indiqué. Quant à l'âge, trente-deux individus avaient moins de douze ans. Des deux individus qui restent, l'un était un jeune homme de vingt ans, et l'autre une femme de trente-huit ans. Chez trente-trois individus, la maladie durait de quatre mois à quatre ans; chez un malade, dont nous rapportons l'histoire, elle durait dix ans. Parmi les trente-quatre cas nommés, il y en a sept où le mal s'étendit plus tard aux deux yeux; mais le fongus ne parvenait jamais à un si grand degré de développement dans l'œil, qui était le dernier affecté, que dans celui qui l'avait été le premier, parce que le malade doit être nécessairement épuisé par la première affection.

Pour ce qui regarde le *diagnostic* de la maladie, il faut observer que le fongus médullaire n'est pas facile à reconnaître dans sa première période, lorsqu'il siége hors du globe de l'œil; mais lorsqu'il se développe dans l'œil même, l'opacité particulière que l'on aperçoit au fond de cet organe est, comme nous l'avons déjà observé plus haut, le signe pathognomonique de la maladie. Tant que cette opacité n'existe point, il est absolument impossible de reconnaître le fongus. Il y a cependant des cas où la maladie, quoique déjà passablement avancée, ne peut pas être reconnue, à moins que le médecin n'ait eu occasion de l'observer depuis son début. En effet, un travail inflammatoire peut amener la contraction et l'occlusion de la pupille, ou bien l'obscurcissement de la cornée, de manière qu'il devient impossible de voir dans l'intérieur de l'œil. Dans ces cas, le diagnostic ne devient certain qu'après la rupture de l'œil et l'éruption du fongus médullaire.

Cette affection est souvent confondue dans sa première période avec la *cataracte;* mais son origine et les ophthalmies fréquentes qui l'accompagnent, mais la marche et l'abolition hâtive de la faculté visuelle, mais enfin l'immobilité de la pupille, le plus souvent dilatée, feront toujours distinguer le fongus de la cataracte.

L'*exophthalmie fongueuse*, qui provient d'un boursoufflement et

d'une hypertrophie de la conjonctive, à la suite d'ophthalmo-blennorrhées chroniques mal soignées, et qui acquiert quelquefois une étendue considérable, est souvent confondue avec le fongus médullaire de l'œil, quoiqu'elle se distingue par beaucoup de caractères, notamment par la lenteur de son développement, par la longueur de sa durée, par le peu de désordre qu'elle cause dans l'économie, par l'absence de toute influence pernicieuse sur l'organisme, par son apparition chez les personnes âgées presque exclusivement, et enfin par la possibilité qu'il y a d'en obtenir la guérison.

Lorsque le fongus médullaire siége dans l'intérieur de l'œil, et qu'il est encore à sa première période, il ne saurait que difficilement être confondu avec le *cancer* proprement dit ; mais plus tard, lorsque le globe de l'œil s'est rompu, ou bien lorsque le fongus s'est développé sur le dehors de l'organe, les deux maladies sont souvent prises l'une pour l'autre. Mais on les distinguera facilement, en se rappelant que le fongus médullaire constitue toujours une tumeur molle, élastique, *fluctuante;* tandis que le cancer est dur et bosselé (pendant qu'il est à l'état de squirrhe), ou bien, dur au fond et muni de bords également durs et renversés (pendant son état ulcéreux); que ce dernier affecte principalement les parties extérieures de l'œil, notamment les paupières et la conjonctive; que de là seulement il se propage dans l'intérieur (son origine dans le globe de l'œil étant rare), et qu'enfin il se montre presque uniquement chez les personnes qui ont atteint la seconde moitié de leur carrière, tandis que le fongus médullaire menace principalement les douze premières années de la vie.

Quant aux *complications*, nous observerons que M. de *Walther* prétend avoir vu une *hydrophthalmie* qui a donné lieu au fongus de l'œil. Cet organe, par suite d'une dilatation excessive et de l'amincissement de ses membranes, s'était rompu, et les bords de la plaie, après s'être réunis de nouveau, avaient donné lieu à la production fongueuse (1).

---

(1) L. c., p. 282.

Si nous considérons le fongus médullaire sous le rapport de l'*étiologie*, il paraîtrait que la diathèse scrophuleuse y prédispose d'une manière particulière. M. *Weller* a observé le fongus de l'œil chez un enfant, où, immédiatement après la scarlatine, on vit survenir des symptômes manifestes d'affection scrophuleuse et en même temps la maladie du côté de l'œil. Dans un autre cas, le même observateur vit le fongus se manifester après la disparition subite d'un ganglion lymphatique du cou, qui avait été enflammé et fortement gonflé (1). Dans une autre circonstance, il était survenu chez un enfant de deux ans une éruption psorique, que l'on supprima à l'aide des saturnins; mais à peine s'était-il écoulé un mois, qu'on s'aperçut du développement d'un fongus médullaire dans l'œil gauche (2). Il n'est nullement rare de voir paraître cette maladie à la suite d'influences extérieures, mécaniques. Mais toutes ces influences peuvent tout au plus avoir excité le prompt développement du mal; elles ne doivent être regardées que comme des causes occasionelles, car le fongus médullaire paraît presque toujours avoir pour condition essentielle une *disposition primitive et particulière de l'individu.*

D'après toutes les observations faites jusqu'à ce jour, on est obligé de convenir de l'*incurabilité* du fongus médullaire. On a conseillé l'extirpation; on l'a exécutée dans les circonstances les plus variées; mais jamais cette opération n'a été suivie d'une guérison radicale bien confirmée. Le fongus repullule toujours, soit à l'endroit même de l'opération, soit, plus rarement, dans un autre endroit. Les guérisons qu'on cite sont en partie supposées et incomplètement rapportées, parce qu'on oublie de dire pendant combien de temps la récidive n'a pas eu lieu. L'expérience apprend que le mal peut ne récidiver qu'au bout d'un an, quoique cela ait ordinairement lieu après plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est cependant des cas où l'on doit recourir à l'opération pour soulager le malade. C'est dans le même but aussi

---

(1) Voyez *Weller*, l. c., p. 399.

(2) Voyez *Wardrop*, l. c, p. 57.

qu'il faut toujours employer un *traitement palliatif.* Ainsi, lorsque l'état inflammatoire prédomine, on peut recourir avec avantage aux antiphlogistiques, surtout aux sangsues appliquées au pourtour de l'œil, aux cataplasmes émolliens et anodins, aux doux minoratifs, aux pédiluves. Lorsque les douleurs sont très-vives, qu'il y a de l'agitation, de l'insomnie, on peut tirer bon parti de l'opium administré à l'intérieur. M. *Maunoir* recommande principalement la belladone. On a également tiré quelques bons succès de l'extrait de jusquiame, de l'eau de laurier-cerise, et de plusieurs autres médicamens semblables. M. *Weller*, partant de l'idée que le fongus médullaire est une affection de nature scrophuleuse, propose en conséquence un traitement éminemment antiscrophuleux, et notamment les mercuriaux et les antimoniaux à l'intérieur, les révulsifs cutanés, surtout les applications d'onguent stibié sur la nuque. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, le cas suivant, où il prétend avoir arrêté et enrayé la marche de la maladie par l'usage interne du calomel.

« Un garçon de deux ans, ayant été affecté de scarlatine, éprouva, immédiatement après, les symptômes de la maladie scrophuleuse; mais en même temps on vit survenir une rougeur uniforme de la sclérotique et de la conjonctive oculaire du côté droit; l'œil devint inapte à la vision, et s'écarta de l'axe visuel, de manière à produire le strabisme. Lorsqu'on m'apporta l'enfant, je reconnus tous les signes d'un fongus de la rétine commençant. On apercevait clairement, dans la profondeur de l'œil une masse bosselée, jaune rougeâtre. J'ordonnai de fortes doses de calomel uni au jalap, ce qui entretenait un assez fort cours de ventre, et j'eus bientôt la satisfaction de voir s'arrêter le travail morbide, qui avait déjà fait des progrès dans l'œil. Il y a presqu'un an que cela s'est passé : l'enfant ne se ressent plus de l'influence du traitement ; depuis long-temps il se porte bien. L'aspect de l'œil s'est amélioré d'une manière sensible ; la masse bosselée, jaune rougeâtre, a disparu en majeure partie, et la pupille, qui avait perdu cet aspect noir qui lui est propre, a repris en partie sa couleur foncée. On observe encore, à l'endroit où le nerf optique s'épanouit dans la rétine,

un corps blanc grisâtre ; la pupille est immobile, un peu dilatée; l'œil est toujours affecté de strabisme et d'amaurose, comme auparavant (1). »

Dans le but de rendre notre travail plus complet, et de donner une idée plus nette du fongus médullaire, nous allons rapporter plusieurs cas de cette maladie, que M. le professeur *Chelius*, à Heidelberg, a bien voulu nous communiquer, et dont nous avons eu occasion d'observer quelques-uns nous-mêmes.

1re OBSERVATION. (Pl. I, 2 et 3.)

Les figures 1 et 2 représentent les yeux d'un jeune garçon de quatre ans, sur lequel le fongus médullaire a été observé depuis son origine dans la clinique chirurgicale de Heidelberg. L'enfant (Pierre Herion de Schœnau) était vif, alerte, doué de beaucoup d'esprit pour son âge, et bien constitué sous le rapport physique. Jamais, depuis sa naissance, sa fonction visuelle n'a été troublée : c'est, du moins, ce qu'assura sa mère. Mais bientôt, après l'inoculation de la vaccine, lorsque l'enfant avait atteint l'âge de neuf mois, la mère aperçut dans la pupille de l'œil droit une tache jaune de la grandeur d'un grain de millet; cette tache ne parut exercer aucune influence défavorable sur la vision; son origine ne put être attribuée à aucune cause appréciable; aucun phénomène morbide ne l'avait précédée. Elle gagna rapidement en étendue, tellement qu'au bout de trois semaines elle occupait toute la pupille, et interceptait le passage aux rayons lumineux. Les choses restèrent à peu près trois semaines dans cet état. Après cet intervalle, l'œil gauche, qui était resté intact jusque là, fut pris de la même affection que celui du côté opposé, et le jeune malade devint totalement aveugle. C'est à cette époque qu'il fut admis à la clinique chirurgicale. Il avait alors un peu plus d'un an.

Lors de la première visite, on observa dans le fond de l'œil droit,

---

(1) Voyez *Wetter*, l. c., p. 402.

vers l'insertion du nerf optique, un corps trouble d'un jaune verdâtre ; la pupille, dilatée et immobile, en était entièrement masquée. Du reste, ni la couleur de l'iris, ni le contour du globe de l'œil ne présentaient la moindre anomalie. Le corps qui troublait la pupille de l'œil gauche avait une teinte plus grisâtre ; il était plus retiré vers le fond de l'organe ; la pupille était dilatée, immobile, et la vision tout à fait annulée, ainsi que cela avait lieu pour l'œil du côté opposé.

Dans cet état, les deux yeux simulaient absolument des cataractes, et un oculiste expérimenté, qui se trouvait par hasard à la visite, s'en laissa imposer par l'apparence. Cependant la santé générale de l'enfant ne fut point troublée ; son développement physique continua, et les deux yeux restèrent pendant long-temps dans l'état que nous venons de décrire.

Au printemps et en été de 1821, lorsque le petit malade avait trois ans et demi, on vit de temps à autre survenir des inflammations aux deux yeux. Les deux paupières se collèrent l'une à l'autre ; il y avait beaucoup de chaleur, une soif vive et continue, et une transpiration abondante à la tête. C'est alors aussi que l'état de l'œil droit empira ; le corps opaque, qu'on y remarquait, gagna en étendue, prit une couleur d'ambre et un aspect sillonné ; bientôt il vint à traverser la pupille et à remplir la chambre antérieure. L'œil augmenta de volume ; la sclérotique prit une teinte livide ; la cornée se troubla peu à peu, et finit par devenir tout à fait opaque ; elle était incessamment poussée en avant par le corps qui se développait dans l'intérieur de l'organe visuel. La conjonctive se tuméfia ; des vascularités nombreuses s'y développèrent, et vinrent s'étendre jusque sur la cornée, qu'elles recouvrirent d'une espèce de réseau. Bientôt l'œil, qui continuait toujours à grossir, sortit de l'orbite en refoulant les deux paupières, l'une en haut et l'autre en bas. Pendant ce temps, le corps trouble de l'œil gauche s'était transformé en une masse jaunâtre, de grise qu'elle était ; la surface en était devenue sillonnée et comme granuleuse : cette masse remplissait la chambre postérieure, et refoulait en avant l'iris qui avait perdu sa contractilité. La cornée n'était pas encore

troublée, et le globe oculaire avait son volume ordinaire. Vers la fin de l'été, le malade se plaignit fréquemment de douleurs dans l'œil; ces douleurs, étaient si fortes, qu'elles l'empêchaient de dormir. L'appétit était faible, la soif continue. Au mois de novembre, l'œil droit avait gagné considérablement en volume, et faisait fortement saillie hors de l'orbite. De sa surface suintait un ichor sanieux assez abondant, qui irritait la paupière inférieure. Une masse rouge et spongieuse s'élevait de la partie supérieure et externe du globe, et faisait éprouver au doigt qui l'examinait *la sensation trompeuse d'une fluctuation.* La face interne de cette masse présentait un endroit ulcéré, qui se couvrait souvent d'une croûte jaunâtre, lorsque l'enfant ne frottait pas l'œil; cette croûte n'adhérait pas fortement, et se trouvait toujours emporté par la sanie qui venait la détacher. La fig. 1 représente l'œil droit parvenu à cette période de la maladie. La cornée de l'œil gauche n'était pas encore altérée, mais elle jetait un certain éclat argentin. La masse, qu'on observait dans la chambre postérieure, avait une couleur d'ambre, sa surface était sillonnée, et simulait une agglomération de petits ganglions; elle traversait la pupille, qui était dilatée, et dont on n'apercevait plus qu'un cercle noir extrêmement étroit, et elle venait faire saillie dans la chambre antérieure en poussant le reste de l'iris en avant, surtout inférieurement. Tout autour de la cornée, on observait un cercle blanchâtre, opaque. Le globe de l'œil parut avoir diminué dans tous ses diamètres, et s'être retiré vers le fond de l'orbite. Dans la conjonctive de la sclérotique on aperçut quelques vaisseaux sanguins. (*Voy.* la fig. 2.)

Plusieurs moyens furent employées durant le cours de cette maladie, mais sans le moindre résultat, comme on pouvait bien s'y attendre. Convaincu de l'incurabilité du mal, mais cédant aux instances des parens, le professeur fit l'extirpation de l'œil droit le 23 novembre. L'opération ne présenta rien de particulier; aucun accident grave n'en fut la suite; et, au bout de six semaines, la plaie était presque entièrement cicatrisée.

L'œil extirpé était encore enveloppée de sa sclérotique, et n'avait

point précisément augmenté de volume; l'augmentation apparente de son volume avait seulement été déterminée par la masse spongieuse qui occupait la partie supérieure et externe du globe, et dont nous avons parlé plus haut. Le tissu cellulaire du pourtour de l'œil était mou et sans traces de désorganisation; les muscles de l'orbite n'avaient pas éprouvé d'altération non plus. La structure de la sclérotique ne paraissait pas changée; seulement elle était couverte par la masse spongieuse à l'endroit déjà signalé; on pouvait parfaitement bien distinguer son mode d'union avec la cornée. Celle-ci avait perdu toute sa transparence, et ressemblait entièrement pour l'aspect à la sclérotique. En fendant le globe oculaire dans la direction du nerf optique (près de l'insertion duquel on observait un aggrégat de substance noire particulière), on le trouva rempli d'une masse brune jaunâtre, grumeleuse; celle-ci paraissait liée par un tissu cellulaire très-fin, elle s'écrasait facilement sous le doigt et contenait dans son intérieur de petites concrétions sablonneuses reconnaissables au toucher et par leur bruit sous le couteau. Ces espèces de graviers se trouvaient en plus grande abondance près de l'entrée du nerf optique, et constituaient en cet endroit un corps gris noirâtre, de la dimension d'un petit haricot, et formé principalement de phosphate de chaux et d'une matière animale. La masse de l'intérieur de l'œil, dont la structure n'était rien moins que médullaire, fut détachée avec précaution de la sclérotique; on vit alors vers la partie supérieure et externe de cette membrane un endroit très-aminci et comme perforé, d'où la tumeur spongieuse avait pris son développement. Cette dernière tumeur contenait dans son intérieur de la matière encéphaloïde, et ne paraissait être dans aucun rapport de liaison avec la masse contenue dans l'intérieur du globe. On ne pouvait plus reconnaître aucun tissu dans l'œil, si ce n'est une portion de choroïde, qui se présentait sous forme d'une lamelle noire enveloppée par la masse brune jaunâtre, laquelle semblait s'être glissée entre la choroïde et la sclérotique. (*Voy.* la fig. 3.)

Après cette opération, l'œil gauche resta à peu près quinze jours dans l'état que nous avons décrit plus haut. Dans la troisième semaine, il parut encore plus applati et plus retiré dans l'intérieur de l'orbite qu'auparavant. La pupille était davantage tiraillée en dedans, et l'iris ne se reconnaissait plus qu'à un petit cercle noir qui entourait la pupille ainsi déformée. La cornée était applatie, mais elle avait conservé sa transparence, et permettait de voir la masse médullaire, dont la couleur était celle de l'or mat, et qui, sans avoir précisément augmenté de volume, selon les apparences, s'était avancée davantage. Le cercle blanc et opaque, qui entourait la cornée, s'était agrandi, et avait pris l'aspect de ce qu'on nomme l'*annulus senilis* chez les vieillards. L'œil resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de janvier 1822, où l'enfant quitta la clinique.

Lorsque le 22 janvier, le même garçon reparut à la clinique, on vit une tumeur spongieuse s'élever de l'endroit non encore cicatrisé de l'œil qui avait été opéré. Cette tumeur s'était déjà tellement emparée des deux paupières, que celles-ci formaient en quelque sorte un rempart à l'entrée de l'orbite. L'œil gauche ne présentait pas de changement bien appréciable; cependant le cercle blanc parut encore plus opaque, et l'œil semblait s'être retiré davantage. A l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche, on remarqua une tumeur dure; ce n'était probablement qu'une glande lymphatique engorgée. La santé générale de l'enfant était considérablement dérangé; il n'avait plus l'esprit aussi éveillé; l'appétit lui manquait; il avait beaucoup de soif, souvent de la chaleur, la tête lourde, une grande tendace au sommeil. Dix jours après, le 2 février, la tumeur avait déjà fait des progrès terribles, principalement tout autour du bord de l'orbite; la peau qui la recouvrait avait une teinte livide. Il y avait quatre grandes saillies fongueuses qui sortaient de l'orbite, et dont la principale occupait l'angle externe de l'œil; elles saignaient facilement par le contact et souvent spontanément; il s'en écoulait un ichor sanieux qui érodait la paupière inférieure. L'œil gauche était toujours dans le même état. Plusieurs glandes engorgées se

remarquaient à la tête et au cou. L'enfant se plaignait de douleurs dans l'orbite du côté droit ; il était fort sensible et pleurait très-souvent. Quoiqu'il n'eût pas encore beaucoup maigri, on ne put cependant pas méconnaître la présence d'une petite fièvre hectique. Le développement de la tumeur se faisait d'une manière très-rapide, surtout vers la partie externe de l'orbite : on la pansa avec le baume de *Locatelli*.

Vers la fin d'avril, le fongus avait acquis un volume énorme ; le malade était faible ; il avait maigri ; son appétit était presque nul, et il passait la plus grande partie du temps tranquillement dans son lit. Un mois plus tard, la tumeur était devenue presque aussi volumineuse que la tête ; elle occupait le devant de l'orbite, descendait jusqu'à la mâchoire inférieure, couvrait toute la moitié droite du nez, et s'étendait jusque derrière l'oreille droite. Elle sécrétait une sanie dont l'odeur infecte rappelait celle d'un corps animal en putréfaction. Le malade n'avait plus que la peau sur les os ; cependant ses facultés intellectuelles s'étaient conservées intègres, et il n'y avait pas non plus de symptômes comateux.

Le 8 juin enfin vers le soir, il mourut subitement dans un état d'épuisement complet, après avoir encore parlé peu de minutes avant sa fin. Le 9, au soir, on sépara la tête du tronc, et comme le professeur de clinique, M. *Chelius*, était absent, on la mit dans l'alcohol jusqu'à la matinée du 12, où on procéda à l'examen anatomique.

Après avoir ouvert le crâne et incisé la dure-mère, on souleva les lobes antérieurs du cerveau, et on remarqua une tumeur qui était placée entre la dure-mère et les parois osseuses de la cavité crânienne. Cette tumeur, autant qu'on en pouvait juger par le premier aspect, couvrait la voûte orbitaire du frontal, la lame criblée de l'éthmoïde (antérieurement), les petites ailes du sphénoïde (près de leur base), et s'étendait jusqu'à la selle turcique. Le volume des nerfs optiques était de beaucoup diminué ; leur aspect était d'un gris rougeâtre, tirant sur le noir ; leur intérieur ne consistait que dans une masse gélatiniforme. Les autres nerfs de l'orbite n'offraient point de traces

d'altération ; mais ils étaient évidemment plus grêles, plus faibles que dans l'état normal.

Lorsqu'on eut enlevé le cerveau, on vit que l'extrémité arrondie de la tumeur s'étendait jusque dans la fosse cérébrale moyenne. On incisa la dure-mère, on la sépara avec précaution de la tumeur qu'elle recouvrait, et à laquelle elle était fortement adhérente ; la tumeur était d'une consistance molle, et ressemblait presqu'à de la bouillie. En la soulevant de dessus la voûte orbitaire, on trouva que la table osseuse était usée et percée de tout petits pertuis par lesquels venaient des filamens très-grêles (peut-être des vaisseaux sanguins) se rendre dans le fongus. Celui-ci communiquait avec l'orbite à travers la fente sphénoïdale.

On emporta ensuite la portion orbitaire du frontal droit, afin de poursuivre l'examen du nerf optique. Ce nerf avait dans l'orbite le même aspect que nous avons déjà indiqué plus haut : sa gaîne ne renfermait aucun liquide (du moins lors de l'autopsie) ; il était atrophié, il n'avait pas une ligne de diamètre, et se présentait sous forme d'un faisceau de fibres médullaires faiblement liées ensemble. Près de son entrée dans la cavité orbitaire, et sur son côté interne, on vit quelques points noirâtres. Le nerf lui-même se terminait subitement dans la tumeur, en offrant un léger renflement à son extrémité.

Tout l'orbite était rempli par la tumeur, qui en avait écarté les parois dans tous les sens. En beaucoup d'endroits, la surface osseuse était dénudée et cariée, et surtout vers l'angle externe de l'œil. La partie orbitaire de l'os zygomatique était complètement détruite ; le reste de cet os était poussé en avant, et son apophyse frontale pénétrait librement dans la tumeur. L'ouverture ainsi produite par la destruction d'une grande partie du zygomatique, avait permis au fongus de pulluler par là et de prendre un développement prodigieux dans la région temporale. Le périoste, qui restait, était sain, ainsi que les bouts restans des muscles de l'œil.

Quant à l'œil gauche, il était fortement rétracté dans l'orbite ; il était petit et atrophié. Le nerf optique était dans l'état que nous avons

déjà indiqué plus haut. Lorsqu'on eut fendu l'œil dans la direction du nerf, on vit que la chambre antérieure n'avait point totalement disparu ; pour toute iris, il n'y avait plus qu'une petite lamelle, d'une teinte sale, derrière la cornée. Le milieu du globe de l'œil était rempli par une masse d'un blanc jaunâtre, qui contenait beaucoup de concrétions pierreuses, pareilles à des grains de sable : cette masse était immédiatement enveloppée par un reste de choroïde, qui y pénétrait un peu antérieurement, et qui était reconnaissable à sa couleur noire. Le corps vitré et le cristallin avaient entièrement disparu.

Le cerveau ne présentait aucune lésion organique ; seulement les parties, desquelles les nerfs optiques tirent leur origine, parurent-elles moins développées que dans l'état normal : cette particularité était surtout frappante du côté droit,

IIe. OBSERVATION. (*Voy.* pl. I, fig. 4 et 5.)

Élise W...., âgée de cinq ans et demi, toujours bien portante depuis sa naissance, s'était développée avec tous les dehors d'une santé forte et brillante. A l'âge de trois ans, elle eut la rougeole, dont elle ne conserva aucune suite fâcheuse : une légère inflammation des paupières s'était maintenue encore quelque temps après l'exhantème, mais bientôt elle se dissipa spontanément. Jamais on n'observa chez la petite malade d'affection cutanée ou d'engorgement glandulaire.

Elle n'avait pas encore quatre ans, lorsque ses parens remarquèrent qu'elle secouait la tête d'une manière particulière, qu'elle louchait de l'œil gauche, et qu'à la chandelle on apercevait quelquefois dans l'intérieur de cet œil un globe brillant ; plus tard, on y vit aussi pendant le jour un corps opaque, et plusieurs examens, auxquels les parens firent soumettre l'enfant leur donnèrent la triste conviction que la vue de l'œil gauche était entièrement abolie.

Au printemps de 1826, M. *Chelius*, à Heidelberg, observa l'enfant pour la première fois. Il trouva la pupille de l'œil malade notable-

ment dilatée, immobile, et, tout au fond de l'organe, il aperçut une masse d'un gris jaunâtre, qui était plus ou moins distincte suivant qu'on y faisait tomber la lumière dans un sens ou dans un autre. L'œil était fortement châtoyant; quelquefois l'intérieur parut d'un rouge flamme très-vif.

La cornée avait sa transparence ordinaire; la conjonctive de la sclérotique n'était parcourue que d'un petit nombre de vaisseaux sanguins. L'élasticité de l'œil malade parut être moindre que celle de l'œil sain; le regard de l'enfant présentait quelque chose de particulier, en ce que l'œil affecté ne suivait que d'une manière lente et incomplète les mouvemens de l'autre.

Le professeur que nous venons de nommer déclara que la maladie était un fongus médullaire, et que l'extirpation du globe de l'œil était le seul moyen (quoiqu'un moyen encore incertain) de sauver l'enfant; mais plusieurs circonstances empêchèrent que l'opération eût lieu. De temps à autre nous visitions l'enfant, et nous pûmes nous convaincre des progrès toujours croissans du mal.

Le corps opaque du fond de l'œil prit une couleur plus foncée, une couleur d'ambre; il s'avançait toujours davantage vers l'iris, qui se rétractait en même temps vers son bord ciliaire, et donnait ainsi une plus grande ampleur à la pupille. Avec cela on vit à la partie inférieure du corps opaque un petit endroit rouge comme si c'eût été un lacis vasculaire; le globe de l'œil commença à augmenter de volume; les vaisseaux de sa surface devinrent plus nombreux et se disposèrent par faisceaux; la lumière devint incommode; les larmes coulèrent abondamment; la sécrétion des glandes de *Meibomius* devint plus active; souvent la petite malade se plaignit aussi d'un léger mal de tête, qui résidait toujours dans la région sus-orbitaire du côté affecté.

Vers la fin de septembre, une fièvre lente survint sans aucune cause particulière; la langue se chargea; l'appétit se perdit, et le ventre se resserra; en même temps la maladie de l'œil s'exaspéra; le mal de tête devint continu; la crainte de la lumière était si forte, que

l'enfant tenait toujours la face appliquée contre son lit, et l'examen, même à une lumière modérée, provoquait un larmoiement considérable. Le globe de l'œil sortit davantage de l'orbite; les paupières, surtout la supérieure, étaient tuméfiées. Il y avait chez la malade une grande activité sécrétoire des muqueuses. Après l'administration de quelques légers purgatifs, il y eut de l'amélioration, tant dans l'état général de l'enfant que du côté de l'œil.

C'est à cette époque de la maladie qu'a été faite la fig. 4, pl. I.

La santé resta au point indiqué jusqu'à la première semaine du mois de novembre; la malade alla généralement mieux; elle prit meilleure mine; l'appétit ainsi que le sommeil revinrent; les paupières, et surtout la supérieure, étaient moins gonflées.

Le 16 novembre, les paupières se trouvent presque dans l'état naturel, et le volume de l'œil paraît aussi avoir diminué. Ce qui est évident, c'est la diminution de l'état de turgescence des vaisseaux de la conjonctive.

Quelques jours après, il se manifesta des orgelets à l'œil gauche, et comme le ventre était en même temps resserré, on fit administrer un mélange d'éthiops antimonial, de magnésie et de rhubarbe; on ordonna du café de glands de chêne torréfiés, et on fit appliquer de l'écorce de garou sur le bras gauche. De temps à autre, l'enfant se plaignit d'une douleur sus-orbitale, mais cette douleur n'était jamais de longue durée. Quoique les selles devinssent plus régulières, l'appétit n'en diminua pas moins; quelquefois il y eut des envies de vomir, et d'autres fois il survint des vomissemens de mucosités acides. La malade exhalait également de sa bouche une odeur acide très-désagréable; la langue était couverte d'un enduit blanc muqueux. (Administration d'eau de fenouille, avec de la magnésie et de la teinture de rhubarbe.) L'enfant eut une selle, mais seulement à l'aide de lavemens émolliens; il rejeta un lombric par le vomissement, et depuis lors, il rendit par le haut tout ce qu'on lui donnait. Le mal de tête sus-orbitaire, dont il a été question plus haut, se manifesta plus fréquemment; la tête n'était jamais plus chaude que le reste du corps;

point de fièvre, le pouls toujours calme, et même un peu plus lent qu'à l'ordinaire. Avec tout cela, l'enfant était alerte, nullement inquiet; sa patience et ses manières aimables ne le quittaient jamais. Pendant deux nuits, il dormit fort peu à cause de la céphalalgie, qui revenait souvent; mais chaque fois qu'il dormait, son sommeil était tranquille; il ne se réveillait point en sursaut, et après le réveil, il était aussitôt à lui. Le 6 décembre, il y eut de la somnolence; mais le sommeil n'était pas plus profond que les jours précédens; l'enfant était facile à éveiller, et il répondait toujours sur-le-champ aux questions qu'on lui adressait. Malgré l'emploi des moyens dérivatifs, tels que le calomel, les lavemens émolliens, etc., la somnolence augmenta, et la malade semblait livrée au sommeil le plus doux. Comme la chaleur de la tête devenait plus sensible, on eut recours à des fomentations froides. L'enfant pouvait toujours encore être rappelé de son assoupissement; il avalait ce qu'on lui présentait, et il répondait encore juste. C'est dans ce sommeil tranquille qu'il mourut le 8 décembre, à neuf heures du matin, sans avoir jamais éprouvé de contractions spasmodiques, de paralysie ou d'autres accidens nerveux.

Nous devons encore observer que, durant les trois dernières semaines de sa vie, la cornée de l'œil malade s'était considérablement aplatie, sans avoir rien perdu de son éclat; que l'iris, fortement rétrécie, avait pris une teinte plus claire, presque bleue, et que la masse jaunâtre de l'intérieur de l'œil avait également pris une couleur plus claire.

L'autopsie fut faite le 9 décembre dans la matinée.

Après l'ablation du crâne, à la surface interne duquel la dure-mère adhérait fortement, ainsi que cela a toujours lieu chez les enfans, et, après le renversement de cette membrane, on trouva *les vaisseaux de la surface du cerveau* fortement gorgés de sang; nulle part on n'aperçut d'exsudation plastique. Les vaisseaux de la substance cérébrale elle-même n'étaient pas très-gorgés; il y avait une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. En soulevant les lobes antérieurs du cerveau, on vit à gauche de la commissure des nerfs

optiques une tumeur médullaire du volume d'une forte noisette ; cette tumeur se continuait antérieurement avec le nerf optique du côté gauche, qui avait acquis le double du volume ordinaire ; postérieurement elle communiquait avec une autre tumeur d'une couleur rougeâtre, de la grosseur d'une grande noix, et confondue avec la partie gauche du *chiasma* de telle manière, qu'il n'était plus possible de poursuivre la racine du nerf gauche à partir de ce point de réunion. Le nerf optique droit, qui était plus épais et plus mou que dans l'état normal, ensorte qu'il se déchirait par une légère traction, pouvait être poursuivi au-delà du point de réunion. Tous les autres nerfs de l'orbite étaient en bon état. Le nerf optique gauche fut coupé près de son entrée dans l'orbite, le cerveau retiré et tout l'orbite emporté à l'aide de la scie, afin de pouvoir l'examiner plus à l'aise, ainsi que le globe de l'œil.

Autour de la tumeur, qui était placée au côté gauche du chiasma, les vaisseaux de la pie-mère étaient plus fournis de sang, et la tumeur était enveloppée d'une gaîne celluleuse. Après l'enlèvement de cette dernière, la tumeur montra une couleur grise rougeâtre, une consistance de bouillie dans certains endroits, et en d'autres endroits un tissu de nature médullaire. En la divisant, on observa qu'elle était traversée par une infinité de petits vaisseaux très-fins. Du reste, il n'y eut pas d'autre altération du côté du cerveau.

On fendit ensuite la sclérotique ; mais on ne trouva plus dans l'intérieur de l'œil aucune trace de l'organisation primitive. Tout le globe oculaire était rempli d'une masse médullaire, d'un gris blanchâtre, de plus ou moins de consistance. Quoique toute d'une seule pièce, elle offrait cependant cinq parties faciles à distinguer. La postérieure correspondait au nerf optique ; ensuite venait une partie plus petite, puis une plus grande : cette dernière était granuleuse, et tenait antérieurement au cristallin, qui était transformé en une masse molle et pâteuse.

Sur un côté, on vit un reste de la choroïde entre la sclérotique et la masse médullaire ; de l'autre, on en vit une portion engagée entre

deux lobes du fongus médullaire. C'est à cet endroit, ainsi qu'au fond de l'œil, que la masse tenait très-intimement à la face interne de la sclérotique. Toute l'enveloppe du nerf optique était remplie d'une masse médullaire semblable : cette masse faisait voir çà et là des vaisseaux très-fins ; elle tenait aussi très-étroitement à la face interne de l'enveloppe du nerf optique.

III^e. OBSERVATION. (Pl. II, fig. 1.)

Jacques Weiss, de Gelshausen, âgé de trente ans, d'un corps bien constitué, et toujours bien portant depuis son enfance, jusqu'à l'invasion du mal dont nous allons rapporter l'histoire, fit une forte chute sur la région occipitale, il y a douze ans ; et lorsqu'il fut guéri de cét accident, il eût le malheur d'être emporté par un cheval ombrageux, d'être traîné à une certaine distance, et d'être gravement blessé au front. Trois ans après cet évènement, le malade remarqua que sa vue s'affaiblissait ; en même temps, les yeux étaient rouges et douloureux. Ces symptômes disparurent bientôt du côté de l'œil gauche, dont la faculté visuelle fut rétablie dans toute son intégrité. Quant à l'œil droit, la faiblesse de la vue persista encore pendant quelque temps au même degré, puis elle augmenta peu à peu, jusqu'à ce que la vision fût complètement abolie. Pendant que la vue de cet œil se perdait ainsi, *on n'observa, au dire du malade, aucun changement dans l'intérieur du globe oculaire ;* mais on vit paraître en même temps une petite excroissance entre l'œil lui-même et la paupière inférieure, d'où résulta le renversement de cette dernière. Après quelque temps, cette excroissance diminua un peu ; puis elle augmenta de nouveau, et acquit bientôt le volume d'un œuf de poule. Parvenue à ce degré de développement, elle resta pendant quelque temps stationnaire. L'aspect de cette tumeur était d'un rouge foncé, sa consistance spongieuse ; les douleurs qu'elle produisait étaient vives, presque continues ; elles s'étendaient tant à la tête qu'à l'œil, et ravissaient au malade presque tout le sommeil. Au rapport des personnes qui

l'environnaient, on voyait distinctement comment l'œil était refoulé en haut par la tumeur. C'est à ce degré que le mal persista pendant plusieurs années ; on s'était borné à l'emploi local de linges chauffés et de sachets. Enfin on se décida à recourir aux conseils des gens de l'art, il y a quatre ans.

Le médecin qui fut alors chargé de le traiter nous communiqua les renseignemens suivans : le malade avait été fréquemment sujet à des ophthalmies avant l'invasion de la maladie actuelle ; mais ces ophthalmies avaient toujours cédé en peu de temps aux moyens convenables. Plus tard, il se manifesta une inflammation vive de l'œil droit, et la perte de la vue de ce côté en fut la suite. (On n'indiqua pas si ç'avait été par l'effet de l'occlusion de la pupille, de l'opacité de la cornée, de la destruction ou de la rupture du globe de l'œil, ou d'une autre terminaison fâcheuse de l'inflammation.) En juin 1818, le malade vint de nouveau chez le même médecin ; alors l'excroissance fongueuse du dessous de l'œil avait déjà acquis un certain développement. Dans l'intention de l'extirper, le médecin y fit une incision ; mais il en résulta une hémorrhagie si forte, qu'il abandonna son projet d'extirpation, et qu'il se borna à arrêter le sang avec des moyens styptiques et à favoriser la guérison de la plaie ; puis il abandonna le malade à lui-même. Depuis lors la tumeur continua à croître, en causant de vives douleurs, et en donnant lieu fréquemment à des hémorrhagies si fortes, qu'elles affaiblirent beaucoup l'individu. L'œil était tout à fait masqué par la tumeur, qui s'étendait en tout sens, et surtout en bas. Cependant, vers la fin, les maux de tête disparurent presque entièrement, l'intérieur de l'œil devint moins douloureux, la tumeur elle-même ne fut plus si sensible au toucher qu'auparavant, à l'exception, toutefois, de l'angle externe de l'œil auprès duquel la pression causait de fortes douleurs. Du reste, les forces du malades diminuaient considérablément, et il maigrissait d'une manière sensible.

A l'époque de son entrée dans la clinique chirurgicale de Heidelberg, le 24 février 1821, le fongus avait acquis le volume de deux poings réunis ; l'aspect de la tumeur était d'un rouge foncé ; on y

observait plusieurs points ulcérés, et le moindre contact provoquait de fortes hémorrhagies. En haut elle était limitée par la paupière supérieure, qui avait une étendue prodigieuse; entre cette paupière et la tumeur on pouvait légèrement pénétrer dans l'orbite au moyen du doigt; inférieurement elle couvrait la joue et s'étendait jusqu'à la bouche ; en dedans elle s'appliquait contre le nez, et en arrière elle se rapprochait de l'oreille à la distance de trois travers de doigt. Elle était bosselée, spongieuse au toucher et peu douloureuse, si ce n'est lorsqu'on la comprimait vers l'angle externe de l'œil. Aucune glande n'était engorgée. Les douleurs de tête étaient peu de chose, celles de l'œil étaient également faibles et peu durables.

Comme c'était à un fongus médullaire qu'on avait affaire, on se résolut d'avoir recours à l'extirpation, le moyen unique qui restait, et dont le succès était si chanceux. L'opération fut faite le 15 mars; le malade fut placé sur un siége et sa tête appuyée contre un aide qui était placé au côté gauche. Pour pouvoir pénétrer dans l'orbite sans entamer la tumeur, on commença par inciser transversalement le milieu de la paupière supérieure, d'un angle de l'œil à l'autre aussitôt après, le doigt de l'opérateur fut introduit dans la plaie et conséquemment aussi dans l'orbite, afin de s'assurer mieux du siége et de la profondeur du fongus. Cette partie de l'opération fut très-facile; M. *Chelius* put contourner, à l'aide de son doigt, toute la face supérieure de la tumeur, et la dégager de la graisse qui l'entourait en grande quantité. Il introduisit ensuite les ciseaux de *Cooper*, pour détacher la partie profonde du fongus, et emporta avec celui-ci la paupière inférieure, qui y adhérait fortement. Toute la masse était entourée de beaucoup de tissu cellulaire et de graisse. Pendant le dernier temps de l'opération, l'artère ophthalmique, qui avait un calibre plus fort qu'à l'ordinaire, fournissait beaucoup de sang, ce qui obligeait de verser de l'eau froide dans la plaie; l'écoulement du sang fut ensuite arrêté par des tampons imprégnés de substances styptiques. Tout le devant de l'orbite fut couvert de charpie et, après cela, d'une

double compresse, qu'on fixa à l'aide du monocle. Le malade avait tout au plus perdu six onces de sang.

L'examen attentif de la tumeur fit voir une adhérence intime entre elle et la paupière inférieure; elle était molle et pâteuse au toucher. A sa partie antérieure et supérieure on reconnut distinctement tout le bulbe de l'œil atrophié ; on put également reconnaître et isoler trois des muscles droits et le grand oblique. Le nerf optique, fortement allongé et atrophié, ne présentait aucune altération de structure, et pouvait être poursuivi jusqu'à son insertion au bulbe de l'œil. Celui-ci fut détaché de la tumeur et examiné séparément : la cornée était encore distincte, ainsi qu'une portion de l'iris; le cristallin était rapetissé, entièrement ossifié et entouré de la couronne ciliaire, à laquelle on pouvait encore faiblement distinguer les procès ciliaires. On trouva encore les restes du pigmentum et de la rétine. Nulle part la sclérotique n'était perforée, seulement elle était épaissie et comme ossifiée près de l'entrée du nerf optique. On voit évidemment, d'après cela, que ce n'est pas le bulbe de l'œil qui a donné naissance au fongus. La structure de ce dernier était en général médullaire, cérébriforme; sa couleur était claire dans certains points et plus foncée dans d'autres. Il avait plus de consistance à sa partie antérieure et supérieure; il était plus mou, en quelque sorte comme de la bouillie, à sa partie interne et postérieure.

La guérison de la plaie ne fut entravée par aucun accident particulier; elle se fit si promptement, que déjà le 20 avril suivant elle était cicatrisée en plus grande partie. L'état général du malade était également très-satisfaisant : aussi lui permit-on de quitter la clinique.

Au mois de septembre de la même année, il vint nous voir; il était brillant de santé; sa plaie était totalement cicatrisée, et depuis sa sortie de l'hospice il n'avait plus éprouvé aucun symptôme fâcheux.

D'après des renseignemens ultérieurs, le malade mourut des suites d'une tumeur, qui était survenue à la partie inférieure du cou et qui s'était étendue au-devant de la poitrine.

IV^e. OBSERVATION. (Pl. II, fig. 2.)

Le sujet de cette observation était une fille juive de Bebern (grand-duché de Bade); elle était âgée de sept ans, et s'était toujours bien portée; jamais elle n'avait souffert du côté des yeux; la seule incommodité à laquelle elle était sujette, c'était une teigne qui faisait plusieurs fois éruption chaque année. Il y a environ dix-huit semaines qu'elle tomba de la hauteur de quatre pieds sur le côté droit de la tête. Cette chute n'eut d'autre résultat fâcheux qu'une légère écorchure de la peau, près de l'angle externe de l'œil; mais ce mal fut bientôt guéri. Trois semaines après ce petit accident, on vit paraître sur le milieu de la paupière supérieure du même côté une petite tubérosité dont la couleur ne différait point de celle du reste de la peau. Cette saillie augmenta rapidement en volume, et bientôt elle prit une teinte rougeâtre, de blanche qu'elle était. La petite malade n'y avait point ressenti de pulsation ni de fluctuation jusqu'à ce moment, et la tumeur était presque tout à fait indolente. Comme le mal grandissait toujours, on s'adressa à un officier de santé; celui-ci ouvrit la tumeur à deux reprises différentes, en l'incisant chaque fois par le côté interne, quatre semaines environ après l'origine de la maladie. La première fois il ne s'écoula que peu de sang; la seconde fois il s'en écoula une quantité assez forte; le sang était toujours d'un rouge clair, et n'était mêlé d'aucun autre liquide.

A partir de cette époque, jusqu'à l'entrée de la malade à la clinique chirurgicale de Heidelberg, le 12 octobre 1820, on n'essaya plus aucune espèce de traitement, et la tumeur augmenta d'une manière frappante. Elle avait déjà atteint le volume d'un œuf d'oie; sa couleur était d'un rouge foncé; sa surface luisante offrait de nombreuses anastomoses vasculaires. Elle était assez mobile, et ne paraissait avoir aucune connexion avec le système osseux. Lorsque la fille appliquait l'œil sain, la tumeur devenait sensiblement plus dure; du reste, elle était devenue assez molle dans les derniers temps, et surtout vers sou

côté interne. Elle couvrait tout l'œil, de sorte que cet organe était totalement perdu pour la vision ; mais puisque quinze jours auparavant la malade en voyait encore un peu, on pouvait admettre que le globe de l'œil n'avait encore subi aucune altération.

La partie supérieure de la tumeur était recouverte par la paupière distendue ; à sa partie inférieure on voyait les cils de la paupière inférieure, et, plus en dedans, la conjonctive boursoufflée et spongieuse. En soulevant la tumeur avec un peu d'effort, on pouvait distinguer la paupière inférieure ; c'est d'elle que semblaient provenir les larmes qui s'écoulaient constamment en dehors, entre la tumeur et la joue. Pendant les derniers jours on y fit toujours des applications froides d'eau de *Goulard*.

Comme on avait affaire à un fongus médullaire de la paupière supérieure et à une dégénérescence fongueuse de la conjonctive, M. *Chelius* se détermina à pratiquer l'extirpation de l'œil, moyen unique mais chanceux.

L'opération fut entreprise le 13 octobre. La peau qui couvrait la tumeur fut divisée par une section verticale ; on isola d'abord le lambeau externe, puis le lambeau interne. La peau avait contracté des adhérences très-fortes avec la tumeur dans plusieurs points, mais principalement vers l'angle interne de l'œil. L'hémorrhagie fut considérable, et lorsqu'il s'agissait de faire l'ablation de la tumeur, on trouva qu'elle pénétrait profondément dans la cavité orbitaire, sans qu'elle eût toutefois des adhérences avec les parois osseuses. C'est au moyen des ciseaux de *Cooper* et de la pince à crochets que l'extraction totale en fut opérée, non sans une perte considérable de sang. On vit alors, contre toute attente, le globe de l'œil fortement déprimé et aplati ; la cornée était trouble.

Dans aucun cas on ne pouvait songer à le conserver, puisque les nerfs ciliaires devaient avoir été détruits en partie par l'effet de l'opération, et que le travail suppuratoire qui allait survenir aurait cependant détruit l'œil. En conséquence on extirpa le globe de l'œil avec une petite portion de la tumeur qui était restée. L'écoulement du sang

commença à diminuer; l'orbite fut convenablement tamponné, des compresses furent appliquées, et le tout maintenu par une bande.

La tumeur, qu'on se mit ensuite à examiner, était d'une consistance solide, de nature sarcomateuse et médullaire; dans quelques endroits elle était même cartilagineuse; beaucoup de vaisseaux sanguins la traversaient. Elle avait le volume d'un œuf d'oie. Il est probable que son origine ne datait pas de la chute qu'a faite la malade, mais d'une époque antérieure.

La guérison de la plaie eut lieu rapidement et sans de grands accidens, de telle sorte qu'après trois semaines elle était cicatrisée en grande partie. Mais déjà dans la semaine qui suivit, c'est-à-dire la quatrième après l'opération, on vit paraître dans la cicatrice, près de l'angle interne de l'œil, une petite tumeur dure, indolente, qui prit un accroissement rapide. Lorsque la petite fille était de nouveau entrée dans la clinique, cette tumeur occupait déjà tout l'espace de l'angle interne de l'œil; et un examen attentif fit reconnaître qu'elle n'était pas superficielle, mais qu'elle provenait des parties profondes. En y appliquant le doigt, on sentait qu'elle était molle et fluctuante; sa couleur était d'un blanc bleuâtre; sa surface n'offrait pas autant de ramifications vasculaires que celle de la tumeur primitive. Elle avait environ le volume d'un œuf de pigeon, et ne causait pas la moindre douleur.

Le 27 décembre, on se décida à une nouvelle opération; l'hémorrhagie fut encore considérable cette fois-ci; la frontale, qui fournissait beaucoup de sang, fut liée. Lorsqu'on eut mis la tumeur à découvert, on trouva qu'elle ne tirait pas, comme la première fois, son origine du fond de l'orbite, mais qu'elle provenait de la partie interne et supérieure de cette cavité. Après qu'on l'eut accrochée, on la détacha en partie avec le bistouri, et en partie avec les ciseaux de *Cooper;* mais en examinant ensuite l'endroit opéré, on trouva à la paroi interne de l'orbite un orifice qui permettait l'introduction du bout de l'indicateur, et à travers lequel on distinguait visiblement un reste de la tumeur, qui paraissait s'étendre dans les sinus fron-

taux. On tâcha d'extirper, tant que possible, ce reste de la maladie, on nettoya la plaie, on la remplit de charpie, et on mit une bande.

La structure de cette tumeur était assez semblable à celle de la première; seulement elle était un peu moins ferme; mais elle était aussi riche en vaisseaux sanguins. Son volume était celui d'un œuf de poule.

La guérison de la plaie se faisait assez bien; cependant, déjà le troisième jour après l'opération on croyait voir repulluler la maladie à l'angle interne de l'œil; cette nouvelle tumeur augmenta un peu les jours suivans; on la cautérisa de temps à autre avec de la pierre infernale, ce qui la fit beaucoup diminuer. La cautérisation, nullement douloureuse d'abord, causait dans la suite de fortes douleurs. Le 12 février 1821, on était parvenu à détruire complètement toute la partie du mal qui avait paru au-dehors. On se décida alors à abandonner la plaie à elle-même, et à observer la malade encore pendant quelque temps.

Huit jours après, il s'était de nouveau formé une petite tumeur à l'endroit de la cicatrice, tout près de la racine du nez; cette tumeur était dure au toucher, mais elle était indolente, et ne donnait pas lieu non plus à des maux de tête.

Il est à regretter que nous n'ayons pas pu nous procurer des renseignemens ultérieurs sur ce cas intéressant.

V^e^. OBSERVATION. (Pl. I, fig. 6, 7, 8 et 9) (1).

Un enfant de vingt mois souffrait, depuis un mois, d'un fongus médullaire de l'œil gauche; ce fongus avait paru à la suite d'une ophthalmie interne de courte durée, qui elle-même était survenue après un violent mal de dent, causé par le travail de la dentition, au côté gauche de la mâchoire supérieure. L'enfant était bien développé,

(1) Sul fungo midollare dell'occhio appendice di *Bartolomeo Panizza*. Pavia, 1826; traduction allemande. Weimar, 1828, page 7.

fort, alerte, intelligent, d'un teint brunâtre. En observant l'œil gauche, je le trouvai de la même grandeur que l'œil droit, tout aussi mobile et suivant les mouvemens de ce dernier; les vaisseaux de la conjonctive n'étaient point injectés; la pupille était tout à fait immobile et très-dilatée; celle de l'œil droit était, au contraire, très-mobile et rétrécie. On apercevait à travers la pupille, et vers le fond de l'œil, une tache d'un jaune-pâle, offrant trois saillies ou tubercules séparés par des sillons; entre ces tubercules paraissait un point rougeâtre, ondulé, qui n'était autre chose qu'un petit vaisseau sanguin. La tache était immobile malgré les mouvemens de l'œil; on l'apercevait mieux en regardant obliquement par la pupille; elle paraissait alors plus saillante vers cet orifice. Lorsqu'au contraire on la regardait directement, elle paraissait plus éloignée et située tout à fait au fond de l'œil. Les expériences que je fis me donnèrent la certitude que l'enfant ne percevait plus aucun rayon lumineux par cet œil. L'extirpation fut faite un mois et demi environ après le commencement de la maladie. Le résultat en fut très-heureux, puisque depuis lors l'enfant jouissait de la plus parfaite santé.

Je me mis aussitôt à examiner l'œil extirpé : le contour était régulier et normal, ainsi que le volume; mais la consistance était un peu plus solide qu'à l'ordinaire. Le nerf optique n'offrait point de traces d'altération; il avait sa grosseur, sa couleur et sa consistance ordinaires, et l'on pouvait distinguer l'artère centrale sous forme d'un point rouge. En général, à ne juger que des parties environnantes, on eût pris l'œil pour tout à fait sain. La cornée, qui était encore transparente, permettait de voir dans la profondeur de l'œil la tache jaune-claire avec ses trois saillies, ainsi que cela est représenté par la figure 6. Quand la cornée fut enlevée, il s'écoula un liquide clair, une véritable humeur aqueuse. On incisa ensuite l'iris, qui était tout à fait saine; on la sépara du cercle ciliaire, et on découvrit ainsi tout le cristallin, qui était renfermé dans sa capsule et qui avait entièrement conservé sa transparence. Tous ceux qui regardaient à travers le cristallin étaient persuadés que la tache jaune devait pres-

que toucher le fond de l'œil; cependant, lorsque le cristallin fut enlevé, nous ne vîmes pas sans étonnement que la tache était située immédiatement derrière ce corps, si bien qu'elle contribuait en partie à former la concavité dans laquelle la face postérieure du cristallin était reçue. L'éloignement de la tache n'était donc qu'une illusion d'optique, qu'on devait attribuer au cristallin; car, en remettant ce dernier dans sa place, l'illusion reparaissait. Nous vîmes dans la partie antérieure du corps vitré, immédiatement derrière le cristallin, trois tubercules d'un jaune clair et séparés par des espèces de sillons, ainsi que cela est représenté par les figures 6 et 7. La choroïde, dont on avait enlevé l'extrémité antérieure tout autour, ne montrait aucun changement, pas même dans les procès ciliaires; partout l'on voyait cette masse jaune, molle et spongieuse dont il a déjà été question, et qui paraissait contenir un liquide (figure 7); à sa partie supérieure était une surface triangulaire (*e*) où l'hyaloïde était saine et l'humeur vitrée tout à fait transparente, de sorte qu'on apercevait par là l'intérieur de l'œil. Je fis une incision dans cette hyaloïde transparente, et il s'en écoula un peu d'humeur vitrée toute claire, qui était immédiatement suivie d'une des masses jaunes, qui avait été comme comprimée, et qui est venu occuper la place de l'humeur écoulée. Cette circonstance me porta à conclure que le corps vitré avait été résorbé par suite de la pression exercée par la masse jaune : cette dernière était molle, élastique; elle paraissait être la rétine transformée en matière fongueuse. Comme je désirerais en connaître la nature de plus près, j'ouvris la sclérotique d'avant en arrière, et à peine la choroïde fut-elle incisée, qu'il en jaillit un liquide jaune-clair, après la sortie duquel les trois tubercules jaunâtres déjà mentionnés s'affaissèrent un peu. Comme le liquide dont l'œil était rempli s'était coagulé par l'effet de l'alcool, je me décidai à mettre tout l'œil dans l'esprit de vin pour en empêcher l'écoulement. Ce liquide était jaunâtre, visqueux d'une saveur salée, et il se coagulait promptement dans l'alcohol, en perdant sa couleur; il fut donc transformé, par l'effet de l'olcohol, en une masse consistante, homogène, d'un jaune pâle. En continuant mon examen, j'enlevai la partie postérieure de la sclérotique et de la

choroïde, qui étaient dans un état parfaitement normal (figure 7, *a* et *b*), et je vis l'intérieur de l'œil rempli d'une matière d'un jaune paille, qui était grumeleuse et qu'on pouvait réduire entre les doigts en une poudre très-fine. Toutefois, comme je ne trouvai pas la rétine en dedans de la choroïde, cette matière me parut être le produit d'une dégénérescence fongueuse de la rétine, d'autant plus qu'elle se continuait jusqu'à l'entrée du nerf optique. Je vis effectivement, après avoir enlevé avec précaution la sclérotique et la choroïde, que le nerf pénétrait dans cette masse, et qu'il avait la même couleur que celle-ci, ainsi qu'on le voit représenté par la figure 8 *d*. Toute la masse jaune (*e*) était inégale en plusieurs endroits ; et lorsqu'on la touchait légèrement, elle se présentait toujours sous forme d'une substance épaisse, grumeleuse, qui, d'après l'analyse chimique, était presque uniquement formée d'albumine. J'enlevai avec soin toute cette masse, et je vis alors, non sans étonnement, qu'elle contenait dans son milieu la rétine, qui était ramassée en une espèce de cordon ou faisceau aplati et conique, s'étendant depuis l'insertion du nerf optique, jusqu'aux trois tubercules jaunes décrits plus haut (Voy. fig. 9). Ces tubercules apparens n'étaient que des portions de la rétine, refoulées en avant par la pression du liquide jaune. Il résulte de ce qui vient d'être dit, que la tache jaune ne provenait pas d'un état fongueux de la rétine, mais d'une humeur jaune qui était ramassée derrière celle-ci, et qui la refoulait vers l'axe de l'œil et vers la partie antérieure de cet organe. Il a donc fallu que l'humeur vitrée cédât et disparût à mesure que le produit morbifique s'accumulait. Nous avons déjà dit que cette humeur, ainsi que l'hyaloïde, étaient réduits à très-peu de chose (fig. 7, *d*.). Lorsqu'on se rappelle maintenant combien l'extrémité antérieure de la rétine tient solidement à la grande périphérie du corps ciliaire, on concevra facilement que le liquide ramassé entre la rétine et la choroïde ne pouvait pas pénétrer dans dans la chambre postérieure, ni conséquemment dans l'antérieure ; on voit facilement aussi que la sécrétion anormale qui s'était faite en arrière de la rétine a dû détacher cette membrane tout autour, la pousser vers le

centre de l'œil et déterminer, par la compression, l'atrophie du corps vitré.

Par quel tissu l'humeur jaune a-t-elle été sécrétée? Cette question est aussi importante que difficile a résoudre. En considérant que la rétine ainsi que la choroïde sont très-riches en vaisseaux, on conçoit que l'une et l'autre de ces deux membranes sont capables d'un tel travail sécrétoire; cependant la choroïde, encore plus que la rétine, vu sa plus grande vascularité. Mais comme la choroïde n'offrait dans toute son étendue aucune modification de couleur ni de volume, et que la rétine, bien que repliée sur elle-même, était un peu épaissie, un peu opaque, et que ses vaisseaux étaient très-développés, je suis porté à croire qu'elle avait été la véritable source de la production pathologique. Cette opinion devient encore plus vraisemblable, lorsqu'on se rappelle que la face extérieure de la rétine est revêtue d'une membrane séreuse très-fine, circonstance favorable pour expliquer une sécrétion anormale.

Remarques. Ce cas, que *Panizza* considère comme un fongus médullaire, et qu'il a publié comme tel, n'en est pas un, d'après nous. Cependant nous avons cru nécessaire de le rapporter ici, parce qu'il est le seul qui simule un fongus médullaire dans son principe et qui rende le diagnostic impossible au commencement de la maladie, ainsi qu'il résulte de sa description et de la fig. 6, pl. I. Nous considérons ce cas comme une *hydrophthalmie* particulière, non encore décrite jusqu'à présent. En effet, on admet généralement deux espèces d'hydropisies de l'œil, l'une résultant d'une sécrétion trop abondante de l'humeur aqueuse, l'autre provenant de la liquéfaction et d'une augmentation trop forte de l'humeur vitrée. Mais, dans le cas actuel, le liquide sécrété s'était accumulé entre la rétine et la choroïde; il avait été exalé sans doute par une séreuse très-fine, qui se trouve entre ces deux tuniques, nous voulons parler de la *membrane de Jacob*. Ce liquide a refoulé en dedans et en avant la rétine, qui est venu former derrière le cristallin plusieurs petits ren-

flemens en forme de poches. Qui aurait deviné une semblable disposition avant l'opération et la dissection anatomique? L'opinion que nous venons d'émettre sur cette affection, que nous considérons comme ayant été de nature hydropique, devient presque une certitude, par la circonstance que l'enfant a été parfaitement guéri, et qu'il n'y a pas eu de rechute, ce qui ne serait certainement pas arrivé si la maladie avait été un fongus médullaire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Impura corpora, quò magis nutrivereris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 10.

II.

Senes ut plurimùm quidem juvenibus minùs ægrotant, quicumque verò ipsis morbi fiunt diuturni, plerumque commoriuntur. *Sect.* 2, *aph.* 39.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 5, *aph.* 32.

IV.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid.*, *aph.* 33.

V.

Ophthalmiâ laborantem ab alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

VI.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Ibid.*, *aph.* 6.

VII.

Ab anginâ detento tumorem fieri in collo, bonum; foràs enim morbus vertitur. *Ibid.*, *aph.* 37.

fig. 1.

fig. 2.

fig. 3.

fig. 4.

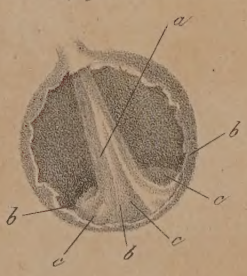
fig. 5.

fig. 6.

fig. 7.

fig. 8.

fig. 9.



Lith. de Engelmann & Cie

fig. 1.

fig. 2.

Lith. de Engelmann & Cie